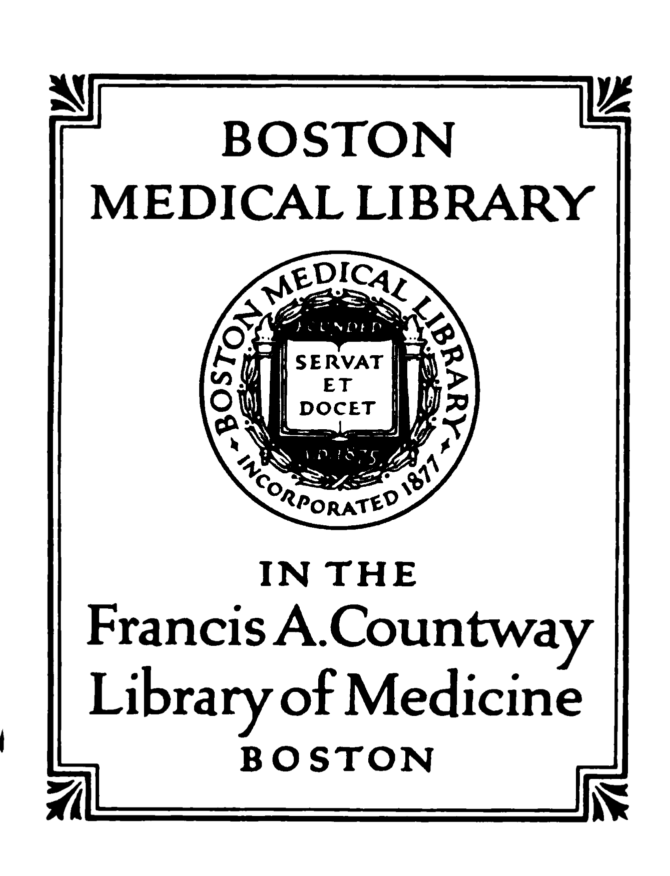

BOSTON
MEDICAL LIBRARY
BOSTON MEDICAL LIBRARY
SERVAT
ET
DOCET
INCORPORATED 1877
IN THE
Francis A. Countway
Library of Medicine
BOSTON



Neue Folge des Archivs für Dermatologie und Syphilis.
Begründet von H. Auspitz und F. J. Pick.

# Vierteljahresschrift

für

# Dermatologie und Syphilis.

Unter Mitwirkung von

Prof. M'CALL ANDERSON, Dr. ARNING, Dr. BEHREND, Dr. BESNIER, Dr. BERGH, Dr. BIDENKAP, Dr. BOECK, Prof. DOUTRELEPONT, Prof. DUHRING, Dr. FINGER, Dr. FREUND, Prof. GEBER, Dr. GRÜNFELD, Dr. GSCHIRHAKL, Dr. v. HEBRA, Dr. HOCHSINGER, Dr. HOROVITZ, Dr. JARISCH, Dr. KOHN, Prof. KÖBNER, Dr. KOPP, Dr. KRÓWCZYŃSKI, Prof. LANG, Prof. LASCHKIEWITSCH, Dr. LASSAR, Prof. LELOIR, Dr. LESSER, Prof. LIPP, Dr. LJUNGGREN, Dr. MANDELBAUM, Dr. MICHELSON, Dr. MRAČEK, Prof. NEUMANN, Dr. POHL-PINCUS, J. K. PROKSCH, Prof. REDER, Dr. RIEHL, Prof. RINDFLEISCH, Dr. SCHIFF, Dr. SCHUSTER, Prof. SCHWIMMER, Prof. TARNOWSKY, Dr. TOUTON, Dr. UNNA, Dr. VAJDA, Dr. VEIEL, Prof. WOLFF, Dr. ZEISSL

und in Gemeinschaft mit

**Prof. Caspary,** Königsberg **Prof. Kaposi,** Wien **Prof. Lewin,** Berlin **Prof. Neisser,** Breslau

herausgegeben von

**Prof. F. J. Pick in Prag.**

Dreizehnter 1886. Jahrgang.

(*Der Reihenfolge XVIII. Jahrgang.*)

Mit 21 Tafeln und 2 Holzschnitten.

**Wien, 1886.**
Wilhelm Braumüller
k. k. Hof- und Universitätsbuchhändler.









# Inhalt.



## Originalabhandlungen.



**Bericht über die Leistungen auf dem Gebiete der Dermatologie und Syphilis.**





# Inhalt des 1. Heftes.

## Originalabhandlungen.



## Bericht über die Leistungen auf dem Gebiete der Dermatologie und Syphilis.

### Hautkrankheiten.

**Anatomie, allg. Pathologie und Therapie der Haut.**





Seite



**Bericht über die Leistungen auf dem Gebiete der Dermatologie und Syphilis.**





# Inhalt des 1. Heftes.

## Originalabhandlungen.



## Bericht über die Leistungen auf dem Gebiete der Dermatologie und Syphilis.

### Hautkrankheiten.

**Anatomie, allg. Pathologie und Therapie der Haut.**







**Dermatomykosen.**



## Syphilis.

**Gonorrhöe.**



**Zur Contagienlehre der Syphilis.**



**Primär-venerische Geschwüre.**



**Spätformen der Syphilis.**





**Therapie der Syphilis.**

# Originalabhandlungen.







# Originalabhandlungen.

---




# Ueber Ichthyosis foetalis.

Vortrag, gehalten am 9. November 1885 in dem Vereine für wissenschaftliche Heilkunde in Königsberg i/Pr.

von

**Prof. J. Caspary.**

(Hiezu die Tafeln I und II.)

---

Im Sommer dieses Jahres hatte ich durch die Güte eines Collegen Gelegenheit, zwei an Ichthyosis foetalis leidende Kinder zu beobachten. Die beiden Kranken — 4 und $1^1/_2$ Jahre alte Knaben — waren von ihren Eltern, jungen, gesunden, nicht unbemittelten Personen, zu mir gebracht worden; sie waren die einzigen Kinder der übrigens blutverwandten Eltern (Cousin und Cousine), in deren Familien keine Hautkrankheiten, noch erbliche Leiden vorgekommen sein sollen. Beide waren nach bis dahin normaler Schwangerschaft um 4 resp. 6 Wochen zu früh geboren, die Geburt beider war leicht erfolgt, aber sofort war — nach den Aussagen der Hebamme und der freilich nicht gerade intelligenten, überdies sehr gedrückt aussehenden, etwas scheuen Mutter — das heutige Leiden etwa in seiner jetzigen Ausdehnung bemerkt worden. Dass diese Angaben nicht ganz zutreffen, erweist schon die sicher später erfolgte Veränderung der Corneae. Da ich den jüngeren Knaben einige Wochen hier behalten konnte, so gebe ich zunächst eine kurze Schilderung von dessen Zustand.

Der $1^1/_2$ Jahr alte Louis Eder, der in seinem überaus elenden Aussehen kaum $^1/_2$ Jahr alt erschien, verhielt sich auch ähnlich einem so unentwickelten Kinde. Wenn nicht Nahrungsbedürfniss, das zu normalen Zeiten, etwa alle 2—3 Stunden sich einstellte, ihn zum Schreien brachte, oder das intensive Jucken ihn zu schmerzhaftem Kratzen verführte, lag er vollkommen theil-

nahmlos und biss auf die oft kratzenden Finger regungslos in seinem Bette.

Das von Herrn Braune gefertigte Bild (Taf. I) gibt getreu das Aeussere wieder: die zunächst auffälligen Ektropien und Eklabien, die überall verfärbte, abschilfernde, atrophische, meist schlottrige Hautbedeckung, die vom Scheitel bis zu den Zehen in gleicher Weise erkrankt erscheint. — Die Bindehaut beider Lider ist an beiden Augen nach aussen umgestülpt, geröthet, geschwellt und mit eitrigem Secret bedeckt. Zurückstülpung ist nicht möglich, da die Lidhaut, zumal die obere, kaum existirt, während die umgebende Haut noch in sehr geringen Grenzen seitliche Verschiebungen nach allen Seiten zulässt. Die Corneae, die beim Schlafe in ihrem mittleren Drittel unbedeckt blieben, zeigen leukomatöse Trübungen bis nahe an den Cornealrand, so dass fast völliger Lichtabschluss stattfinden muss. Beide Lippen, zumal die obere, sind ebenfalls umgestülpt, so dass die wenigen Zähne und die Ränder der Alveolarfortsätze frei liegen. Die entblösste Schleimhaut ist etwas geschwellt und geröthet, während die ganze übrige Schleimhaut von Mund- und Rachenhöhle normal erscheint. Die sehr kleine Nase kann nicht als deform bezeichnet werden, aber die Nares sind durch vertrocknetes Secret verstopft. Die Ohrmuscheln sind stark nach hinten gezogen, so dass sie zum Theil glatt dem Knochen anliegen und die obere Hälfte fast verschwunden ist, während die untere verdickt, die Gehörgänge durch die Verziehung fast verlegt sind; links aus der restirenden kleinen Spalte Eiterung. Die Gesichtshaut, die allerwärts sehr dünn ist, dem Knochen enge aufliegt, bei Weinen und Schreien fast starr bleibt, erscheint auf den ersten Blick durchweg ad maximum retrahirt. Sieht man näher hin, so findet man an vielen Stellen feine Faltelung und bei der Palpation geringe Verschieblichkeit fast allerorten. Ueberall ist die Gesichtshaut mit Schüppchen bedeckt, hie und da auch mit grösseren Schuppen, die zum Theil wie Seidenpapier glänzen. An vielen Stellen sind kleine Abscesse in der Cutis, hinter dem linken Ohre ein grosser subcutaner Abscess.

Die Haut des übrigen Körpers zeigt dieselben Veränderungen auf der Oberfläche, meist in mehr auffälliger Form; ausserdem an vielen Stellen besonders des Rumpfs, eine im Gesichte kaum angedeutete, durch vertiefte Furchen hergestellte Zeichnung von





Hautfeldern gleich der der Ichthyotischen. Wenn die Farbe der Gesichtshaut dunkler ist als die normale, so ist dieselbe anderwärts meist schmutziggelb bis gelbbraun. Ueberall liegen z. Th. rauh anzufühlende Schüppchen und Schuppen auf der Haut; besonders an den unteren Extremitäten unter den lockeren Schuppen fest anhaftende ringförmige dicke Schuppen (die auf Bäder und Oeleinreibungen in grossen Fetzen sich abheben); die Unterschenkel und Füsse von solchen Auflagerungen wie von Schnürstrümpfen eingeengt.

An den aufliegenden Stellen der Nates und des Hinterhauptes sind keine Schuppen zu sehen; am Rücken, so weit er aufliegt, auch nur wenige. An vielen Stellen (s. auf dem Bilde besonders am linken Arm die gelblichen Partien) kleinere und grössere cutane, wohl auch tiefer reichende Abscedirungen, an noch mehreren Rimae cutis, deutlich durch kratzende Nägel hervorgebracht. Fast überall, wo nicht, wie an den Unterschenkeln Platteneinschnürung stattfindet, ist die Haut in Falten von Papierdünne gelegt oder legbar, als sei sie zu weit für ihren Inhalt, wie dies ja die Abbildung vortrefflich wiedergibt.

Die Gelenke durchweg in mehr weniger starker Flexionsstellung (Hände und Füsse in Dorsalflexion) und wenn so die Haut an der Beugeseite der Gelenke durch die habituelle Stellung retrahirt ist, so ist sie doch gut ausdehnbar, wie auch die vollkommene Streckung aller Gelenke unschwer, wenn auch nicht schmerzlos sich für den Augenblick herstellen lässt. Die in den Metacarpalgelenken ulnarwärts verschobenen Finger sind nicht auffällig verändert, ebenso die Zehen; nur sind alle Nägel sehr glanzlos, fast alle stark convex gekrümmt, die der Zehen z. Th. konisch zulaufend durch Auflagerung von Hornmasse auf den Spitzen.

Während von Wimpern und Augenbrauen nur Andeutungen da sind, findet sich am Capillitium nach Abheben der Schuppen spärliches Wollhaar, am übrigen Körper nirgends. — Der Anus fast im Niveau der Nachbarhaut, von ziemlich starren und breiten Falten umgeben; die Präputialöffnung weit offen, wie beim Erwachsenen. — Die Fontanellen sind geschlossen, nirgends rhachitische Veränderungen. Die Muskeln offenbar sehr schlecht, der Panniculus adiposus allem Anscheine nach kaum entwickelt. Die

stets trockene Haut zeigt niemals, auch nicht nach Bädern und reichlicher Schuppenlösung Schweissbildung. Alle körperlichen Functionen (bis auf die nahezu mangelnden des Sehens und Hörens) in Ordnung, Urin ohne Eiweiss, Stuhlabgänge anscheinend normal; das Schlucken ungehindert, wie es stets gewesen sein soll.

Viel markanter als an diesem Kinde war die ichthyotische Zeichnung der Haut bei dem 4 Jahre alten Gustav Eder. Ich unterlasse eine genaue Schilderung desselben, weil ich fast nur zu wiederholen hätte. Hier waren die Corneae nur partiell getrübt, die Gehörgänge nicht so verlegt, das Gehör ziemlich gut erhalten und auch die geistigen Functionen leidlich entwickelt. Freilich machte es einen noch schauerlicheren Eindruck, diesen Knaben lebhaft erzählen und lachen zu sehen, während Augenlider und Lippen offen standen und die kranke Haut sich wenig über den Gesichtsknochen vorschob. Gehen konnte der Kranke nicht, weil ausser denselben Flexionscontracturen noch ein hochgradiges Genu valgum linkerseits bestand. — Die Behandlung, die in warmen Bädern und Oeleinreibungen bestand, blieb während der mehrwöchentlichen Beobachtungszeit ohne besonderen Erfolg.

Die beiden von mir beobachteten Fälle sind bis auf die Ueberweite der Haut vollkommene Analoga des jüngst von H. Behrend [1]) als idiopathische angeborene Hautatrophie beschriebenen Falles. Hier wie dort angeboren die Umstülpung der Lider und Lippen, die starre, fest anliegende Gesichtshaut, Abstossung der Epidermis in Schüppchen, Schuppen und grossen Fetzen über den ganzen Körper; an manchen Stellen fächerige Eintheilung der Hautoberfläche; kümmerlichste Ernährung bei normalen Organen und Functionen. Ein von Behrend citirter Fall Seligmann's [2]), den er dem seinen fast identisch nennt, ist den meinen natürlich ebenfalls zum Verwechseln ähnlich, nur dass das 3 Jahre alte Mädchen ihrem Alter entsprechend gross und kräftig war. Gleich bei der Geburt hatte die Hebamme ausser Eklabien und Ektropien eine die ganze Haut bedeckende Membranam duram pergameneam siccam nitidam ausgebreitet gefunden. Diese Auflagerung

[1]) Berliner klinische Wochenschrift 1885 Nr. 6.

[2]) De epidermidis, imprimis neonatorum, desquamatione. Diss. inaug. Berolini 1841.



überzog die Nares so fest, dass sie wegen der Athembehinderung durchstossen (pertundi) werden musste; sie umgab die Gelenke so fest, dass das Kind während mehrerer Tage sich gar nicht bewegen konnte. Die bald erfolgende Abstossung der Epidermis in grossen und kleinen Schuppen hatte seitdem nicht mehr aufgehört. Zur Zeit waren die Bewegungen der Extremitäten erschwert durch die gespannte pergamentartige Haut. Besonders auffällig war die an vielen Stellen vorhandene Faltung der Haut, die auch für Handgelenk und Finger durch eine Abbildung wiedergegeben ist. Die Haut war wie losgelöst und aller Verbindung mit dem darunter gelegenen Gewebe ledig; sie war pergamentartig, glänzend und hart, überall trocken. Allerwärts mehr weniger tiefe Furchen, die zu Theilung der Haut in Fächer führen. Ueberall Abschuppung; man hat das Gefühl von Fischschuppen, wenn man mit der Hand über die Haut des Kindes fährt. (Der Autor verwahrt sich übrigens dagegen, dass sein Fall zur Ichthyosis gerechnet werde.)

Die Aehnlichkeit dieser 4 Fälle braucht nicht weiter erörtert zu werden: die in foetu entstandene Umstülpung der Lider und Lippen, die allerwärts vorhandene Schuppung und die äquivalente Bildung von einschnürenden, leicht zu beseitigenden Epithelauflagerungen, die Dünne der Haut, die mannigfach vorhandene Zeichnung der Ichthyosenhaut springen als identisch in allen Fällen sofort ins Auge. Dass in 3 Fällen die fettlose Haut zu weit erschien und Falten warf; dass ein Kind an Grösse und Breite normal entwickelt war gegenüber der Verkümmerung der anderen, thut der Zusammengehörigkeit keinen Abbruch. Aber diese 4 Fälle stehen nur vereinzelt durch das mehrjährige Alter der Kinder; die Membrana pergamenea dura nitida des Falles Seligmann's führt direct über zu einer Reihe analoger Fälle, die als Ichthyosis intrauterina längst gewürdigt und von Lebert und Kyber als Keratoma diffusum intrauterinum beschrieben sind.

Lebert[1]), der selbst keinen Fall am Menschen gesehen, sondern nur ein ichthyotisch geborenes Kalb mit beobachtet hat, sammelte 10 Fälle von so erkrankten Kindern, deren ältester von 1792 (Richter, Leipzig) datirte, von denen zwei (Okel, Peters-

[1]) Ueber Keratose. Breslau 1864.

burg) Geschwister betrafen. L. fügt hinzu, er könnte Beispiele dieser Art noch vervielfältigen, das habe aber bei ihrer grossen Aehnlichkeit unter einander keinen Werth. Dagegen führt er noch mehrere analoge Fälle bei Kälbern an. — Das Resumé lautet folgendermassen: Dass die Erkrankung schon Monate vor der Geburt bestand, zeigt die hochgradige Entwicklung des Uebels. Die Lebensfähigkeit der Kinder ist stets unvollkommen (diese Behauptung kehrt allerorten wieder, da allen Autoren der erst durch Behrend ans Licht gezogene Fall Seligmann's unbekannt geblieben war); nur eines hat bis acht Tage gelebt. Die Verhornung der Epidermis ist in allen derartigen Fällen eine allgemeine, der Anblick bei allen der gleiche und die Abbildungen gleichen sich dermassen, dass man manchmal an Plagiate denken würde, die zweifellos nicht bestehen. Die ganze Körperoberfläche zeigt ein Abwechseln von erhöhten Platten und Schildern mit tiefen Furchen und Rissen, deren Combination dem Körper sein äusserst difformes Aussehen gibt und den Eindruck macht, wie wenn die spröde hypertrophische Epidermisschicht an vielen Stellen für das Wachsthum des Körpers zu enge gewesen wäre und dadurch jene Risse zur Folge gehabt hätte. Dazu kommt die Difformität der Körperöffnungen. Theils handelt es sich hier um unvollkommene Entwicklung, hauptsächlich aber um Zerrung und Contraction einzelner Hautpartien, welche die Oeffnungen des Gesichts, des Afters, der Geschlechtsorgane umgeben. Beide Augenlider ektropionirt bei normal gebildeten Augen. Die Nase flach, die Ohröffnungen in der Regel verlegt; oft Difformitäten von Händen, Füssen, Fingern, Zehen ..... Die Structur zeigt Epidermiswucherung als hauptsächliches Element. Ausserdem sind aber auch Cutis und Drüsen im Zustande von Hyperplasie, die Papillen sind verdickt und verlängert. Das Stratum Malpighii ist hauptsächlich Sitz der Hypertrophie. Oft sind hypertrophische Epithelmassen im Innern der Talgdrüsen, Schweissdrüsen, Haarsäcke nachgewiesen.

Nach Erscheinen der Lebert'schen Schrift ist ein Fall ausführlich von Jahn[1]) beschrieben, ganz analog den früheren; das Kind lebte volle 9 Tage. Des Verfassers Resumé der mikroskopischen Untersuchung lautet: Die Cutispapillen zeigen eine be-

[1]) Ueber Ichthyosis congenita. Inaug.-Dissert. Leipzig 1869.

trächtliche Hypertrophie und scheinen nicht blos hyperämisch, sondern auch theilweise in einem entzündlichen Zustande gewesen zu sein. Die Ausführungsgänge der Talg- und Schweissdrüsen lassen überall eine massenhafte Anfüllung von Sebum erkennen. Die Talgdrüsen selbst zeigen Uebergänge von normalen bis zu ganz atrophischen Drüsen.

Weitere Fälle sind von Schabel[1]) (vor Lebert), von Stühlinger[2]). (Wenn Stühlinger im Texte nur angibt, es seien Ohren, Nase, Augenlider weniger entwickelt als sonst, so zeigt seine Abbildung des linken Profils deutlich Ektropionirung des oberen Augenlides und Weitaufgerissensein des Mundes; Herr Geh.-R. Dohrn, dem ich die Dissertation verdanke, versichert mich der Naturtreue der Abbildung.) Ferner citirt I. Neumann[3]) Fälle von Löcherer und Dvořak; Neumann hat in Leipzig bei E. Wagner ein Spirituspräparat gesehen (vielleicht das von Jahn bearbeitete?) und kennt zwei solche in der Sammlung des Wiener patholog.-anatom. Museums. Endlich ist 1880 eine schöne Arbeit von Kyber[4]) erschienen, der ausser seiner eigenen Beobachtung noch zwei Fälle von Sievruk anführt (der Fall von Vrolik ist trotz der abweichenden Angabe über Titel und Druckort doch wohl derselbe, den man bei Lebert, Liebreich[5]), Jahn u. A. citirt findet). Die klare Beschreibung des makro- und mikroskopischen Befundes wird durch gute Abbildungen veranschaulicht. Kyber, dem fast die ganze Literatur über sein Thema unbekannt gewesen zu sein scheint, besonders auch die histologischen Untersuchungen seiner Vorgänger (Müller-Kölliker[6]), Liebreich, Schabel, Jahn u. A.), kommt zu demselben Schlusse und derselben Benennung, wie Lebert in seiner Sammelarbeit: Universales diffuses Keratom müsste nach ihm der Name lauten. Er fasst das Resultat seiner Untersuchung folgendermassen zusammen: Es besteht eine universale, im Fötalleben entstandene Veränderung der Epidermis, welche sich auch auf

[1]) Ichthyosis congenita. Inaug.-Abh. Stuttgart 1856.
[2]) Ein Fall von Ichth. congenita. Inaug.-Diss. Marburg 1884.
[3]) Lehrbuch der Hautkrankheiten. 5. Aufl. Wien 1880.
[4]) Wiener med. Jahrbücher 1880.
[5]) De Ichthyosi intrauterina. Diss. inaug. Halle 1853.
[6]) Verh. d. phys.-med. Ges. zu Würzburg 1850.

deren Anhänge erstreckt. Die Veränderung besteht einerseits in einer enorm gesteigerten Neubildung in der Malpighi'schen Schicht, andererseits in einer der Neubildung parallel gehenden raschen Verhornung der nach oben gerückten Epithelien. Das Endresultat ist die Production eines über die ganze Körperoberfläche ausgebreiteten mächtigen Hauthorngebildes, eines diffusen Keratoms. Als wesentliche Theilerscheinungen findet man dabei Vergrösserung der interpapillären Epithelialfortsätze und Schweissdrüsen, Vermehrung der Epithelialzellen im Haarbalge und mehr weniger ausgedehnte Verhornung der inneren Wurzelscheide, Untergang zahlreicher Talgdrüsen durch Verhornung und Druckatrophie, Atrophie der Haare. Das Knochengerüste des Körpers und die übrigen Theile wuchsen dabei mit ungeschwächter Kraft weiter. Dadurch, sowie auch durch intrauterine Bewegungen entstanden Risse in dem Hornhautpanzer. Es handelt sich um eine homologe Neoplasie von Hornhautgewebe, welche von den Bildungszellen der Malpighi'schen Schicht ausgeht. Die verschiedenen Missbildungen in der äusseren Form: Mangel der Lippen, abnorme Entwicklung des Mundes, der Nase, Ohrmuscheln, der Gehörgänge und der Augenlider, Klumpfüsse und Klumphände — alle diese Veränderungen sind Folge der Entwicklung eines undehnbaren Hornhautpanzers auf der äusseren Oberfläche des in regem Wachsthum begriffenen Fötus.

Alle diese Fälle, die alle in den wesentlichsten Abweichungen von der Norm sich gleichen, zeigen offenbar dieselbe fötale Hauterkrankung. Es ist seltsam, dass der grosse Meister dermatologischer Beobachtung, Ferdinand Hebra, die Wesenheit des Processes verkannte. Aehnlich wie Good und Wilson die Texturveränderungen der gewöhnlichen Ichthyosis als Kalkincrustationen resp. eingetrocknetes Talgdrüsensecret auffassten, stellt Hebra die fötale Ichthyosis in eine Reihe mit den Seborrhöen. Hebra [1]) sagt, die Haut des Neugeborenen erscheine braunroth, schwartig, rissig und durch Risse in grosse Platten an ihrer Oberfläche getrennt und dadurch ähnlich der Haut eines gebratenen Apfels oder eines gebratenen Spanferkels (cochon de lait). Der in seinem

---

[1]) Hebra u. Kaposi, Lehrbuch der Hautkrankheiten. 2. Auflage. Bd. I. S. 91, Bd. II. S. 40. Erlangen 1874—76.

Atlas abgebildete Fall entspreche zwar jenem Zustande, den Steinhauser und Schabel beschrieben haben, sei aber in seiner Hautbeschaffenheit und wegen Mangels hypertrophischer Papillen nicht mit I. acquisita in eine Linie zu stellen. Ferner spreche dagegen die Lebensunfähigkeit fast aller so Geborenen, während er in einem Falle durch sorgsame Hautpflege vollkommene Heilung eintreten sah.

Nun handelt es sich aber in den Fällen Hebra's offenbar um ganz andere Zustände, um Incrustationen der Haut der Neugeborenen durch seborrhöische Massen, wie der Vergleich der vortrefflichen Abbildung in seinem Atlas mit dem Bilde in Steinhauser's [1]) Dissertation sofort ergibt. Es ist bekannt, und besonders von Hebra jun. [2]) urgirt worden, dass Kaposi [3]) ganz im Sinne des älteren Hebra noch jüngst sich ablehnend gegen die Auffassung der früher genannten Beobachter ausgesprochen und an der alleinigen Existenz von Ichthyosis sebacea festgehalten hat. So sagt nun auch Eichhorst [4]), dass zwar bis auf die neueste Zeit mehrfache Fälle von I. congenita beschrieben worden seien, doch sei von guten Autoren behauptet, dass es sich dabei nur um allgemeine Seborrhöa, gleich der zu Vernix caseosa führenden handle.

Es begegnet wohl keinem Zweifel, wenn ich den Fall von Seligmann, H. Behrend und meine eigenen zu der als Ichth. congenita beschriebenen hinzugeselle. Für den ersten ist das direct durch den bald von Spalten durchzogenen Hornpanzer erwiesen; die anderen legitimiren sich durch die typischen Deformitäten der Augen-, Mund-, Nasen-, Ohröffnungen und die durchweg trockene, schuppende, gleichmässig kranke Haut in ebenso sicherer Weise. Der frühe Tod in allen anderen bekannt gewordenen Fällen erklärt sich wohl durch die Unfähigkeit zu saugen, die von den meisten Autoren gemeldet wird, durch die elende Constitution der vielfach zu früh Geborenen. Seit den bekannten Ver-

---

[1]) De singulari epid. deformitate. Diss. inaug. Berolini 1828.

[2]) Die krankh. Veränderungen der Haut. Braunschweig 1884. S. 355.

[3]) Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten. 2. Auflage. S. 542. Wien 1883.

[4]) Handbuch der speciellen Pathol. u. Ther. 2. Aufl. Bd. 3. S. 567. Wien 1885.

suchen Senator's [1]) hat die Ansicht älterer Autoren, es sei der Tod durch die gehinderte Hautperspiration herbeigeführt oder doch in hohem Grade befördert, an Glaubhaftigkeit verloren. Indessen weist Ziemssen [2]) darauf hin, dass die Ungefährlichkeit der Hautverschliessung mit inperspirabler Decke doch erst für Erwachsene erwiesen sei. Bei Kindern mit ihrer im Verhältnisse zum Gewichte grossen Körperoberfläche sei möglicherweise die Verschliessung nicht so harmlos. Dass mancherlei Unterschiede nicht nur in der Lebensfähigkeit, sondern auch in dem Grade und den Folgen der Hautaffection bei einem sonst so identische Bilder producirenden Leiden vorkommen, beweist die kräftige Entwicklung des Seligmann'schen Kindes gegenüber dem trostlosen Zustande der Fälle von Behrend und mir, beweist ferner die Abwesenheit der Hautfaltung in dem Behrend'schen Falle gegenüber den drei anderen.

Was den mikroskopischen Befund betrifft, so sind die Untersucher vor mir alle in der glücklichen Lage gewesen, über die Kinder unbeschränkt bis zur Einlegung in Spiritus, resp. nach derselben verfügen zu können. Ich habe mich, da die Kinder — leider! kann man mit humaner Rücksicht auf alle Betheiligten ohne jeden Mediciner-Egoismus sagen — leben, mit der Excision eines 5 Pfennig-(Kreuzer-)grossen Hautstückchens aus der Bauchhaut in der Nähe des Nabels begnügen müssen. Dasselbe wurde in Flemming'scher Lösung erhärtet, schliesslich die auf dem Schlittenmikrotom gewonnenen Schnitte in verdünnte Dahlialösung gebracht. Ein zum Vergleiche von derselben Stelle eines gleichaltrigen, ebenfalls schlecht genährten, aber hautgesunden Kindes excidirtes Hautstück wurde genau in derselben Weise behandelt, zeigte aber in der Färbung der Hornschicht so grellen Unterschied von dem anderen Objecte, dass ich glaubte irgend ein Versehen bei der Herstellung begangen zu haben. Als ein günstiger Zufall von einem anderen ganz ebenso geeigneten Kinde die Excision eines Hautstückchens erlaubte, zeigte sich, dass die Andersfärbung auf der Hautverschiedenheit selbst beruhte. Während die oberste Schicht der gesunden Haut in beiden Fällen die

[1]) Virchow's Archiv, Bd. 70, S. 182.

[2]) Handbuch der speciellen Path. u. Ther. Bd. XIV, Theil 1, S. 128.

bekannte Schwarzfärbung (durch die Ueberosmiumsäure der Flemming'schen Flüssigkeit) zeigte, war jene bei der Ichthyosenhaut schichtweise blau oder gar nicht gefärbt; zweifellos weil in letzterer der Fettgehalt der gesunden Haut fehlte. Dass es sich hier um eine Gewebsdifferenz handelte und nicht um aufgelagertes Fett, war durch die bei der Excision jedesmal angewandte Antiseptik mit ihren starken Carbolwaschungen erwiesen. Dass die kranke Haut um nahezu die Hälfte dünner war als die gesunde, dass der Panniculus adiposus in seiner Dicke sehr reducirt war, das hatte sich gleich bei der Excision gezeigt und stellte sich bei der Vergleichung der mikroskopischen Präparate noch evidenter heraus. Von der geringen Dicke der kranken Haut, deren Corium nur ein ganz weitmaschiges Netz schwach entwickelter Bindegewebsfasern und kaum elastische Fasern hat, wird ein volles Viertel durch die mächtig entwickelte Epidermis dargestellt. Sowohl das Stratum corneum wie das Stratum lucidum, wie auch das Stachelzellenlager sind, verglichen mit den beiden anderen Objecten, sehr stark entwickelt, während das Stratum granulosum etwa gleich dick erscheint. Die Zellen an sich, speciell diejenigen des Malpighi'schen Netzes, die Stachelzellen, wie die cylindrischen, erscheinen auch in ihrer Kerntheilung normal. An den Papillen ist nichts Krankhaftes zu sehen; wenn sie an vielen Stellen verlängert erscheinen durch die Verlängerung der interpapillären Retezapfen, so fehlt ihnen jedenfalls gleichzeitige Verbreiterung, jede dendritische Verzweigung. Die atrophische Beschaffenheit der gefässärmeren Cutis ist schon erwähnt; nirgends fanden sich — bei lückenlosen Schnittserien — Talgdrüsen; selten Haarbälge mit Lanugohaaren, nirgends auch nur Andeutungen der musculi arrectores pilorum oder der sonstigen glatten Musculatur des Corium, dagegen waren die Schweissdrüsen ausserordentlich schön, anscheinend reichlicher entwickelt als bei den Präparaten aus normaler Haut.

Ich will von der eruirten Beschaffenheit einer kleinen Hautstelle keine weitergehenden Schlüsse machen auf alle übrige Haut, und nur daran erinnern, dass die Haut dem Anschein nach durchweg in gleicher Weise verändert schien. Das beschriebene mikroskopische Bild — in etwa 120facher Vergrösserung naturgetreu von Herrn Braune gezeichnet — deckt sich in manchen Punkten durchaus mit den Angaben Kyber's. Hier wie dort enorme Zu-



nahme der Hornschicht, Verkümmerung resp. Nichtauffindbarkeit von Talgdrüsen, Mangel an Erkrankungszeichen der Cutis. Nur ist in den Abbildungen von Kyber die Malpighische Schichte auf wenige Zellenlagen reducirt, während sie bei meinem Präparate so überwiegend breit ist, dass die physiologischen Differenzen, die vor Allem Auspitz [1]) annimmt, sie nicht erklären möchten.

Ob nun aber die Ichthyosis intrauterina und die gewöhnliche hereditäre Ichthyosis, die ja meist erst im zweiten Lebensjahre sich geltend macht, identisch sind und nur nach Zeit und Grad der Entwicklung, wie letzteres ja auch bei der Ichthyosis simplex gegenüber der I. hystrix der Fall ist, verschieden? Da ist zunächst hervorzuheben, dass auch die vulgäre I. oft den Nachweis der Heredität vermissen lässt — was ja zu dem Witze Hardy's [2]) Anlass gegeben hat, wenn die nächste Ascendenz eines Ichthyotischen gesund sei, müsse unter den Hausfreunden oder Nachbarn der Familie ein Ichthyotischer sein. Andererseits finden sich unter den Fällen der fötalen Hauterkrankung mehrere, die gleichartige Erkrankung von Geschwistern aufweisen: so die Fälle von Okel und mir; und in dem Falle Behrend's soll ein anderes Kind derselben Eltern eine gleiche Hauterkrankung gehabt haben. — Die augenfälligste Differenz besteht in der Verziehung der Lider und Lippen, die ausnahmslos von den bisherigen Beobachtern intrauterin Erkrankter gemeldet resp. abgebildet (Stühlinger) wurden; in der vielfach gesehenen Verkümmerung von Ohr und Nase, in oft beobachteten Deformitäten von Anus, Genitalöffnungen, Extremitäten — kurz in Verziehungen und Einschnürungen durch unnachgiebige Hautstructur, für die kein Analogon in der anderen Reihe auffindbar war.

Nun ist jüngst eine Beobachtung Lang's [3]) auf der Naturforscherversammlung in Strassburg verlesen worden, die eine weitere Verbindung herstellt zwischen den beiden Reihen. Zwei Geschwister, die einzigen Kinder gesunder Eltern, in deren Familien Hautkrankheiten nicht vorgekommen sein sollten, wurden der

---

[1]) System der Hautkrankheiten. S. 129. Wien 1881.

[2]) Diday-Doyon, Thérap. des maladies vénér. et cutanées. S. 659. Paris 1876.

[3]) Tagblatt der Strassburger Naturforscherversammlung. S. 295.

Lang'schen Klinik im Alter von $2^1/_2$ Jahren (M.) und 1 Jahre (Kn.) zugeführt, beide in derselben Weise erkrankt. Bei dem älteren Kinde, das in der 39. Woche der Schwangerschaft vollkommen gesund geboren war, wurde in der 3. Lebenswoche die Haut starr, glänzend; in der 4. Woche bemerkte man Ausstülpung der Augenlider. Der rechtzeitig geborene Knabe soll die ersten Veränderungen der Haut im zweiten Lebensmonate gezeigt haben. Beide klein und verkümmert. Es genügt hier, von dem Befunde des älteren Kindes Einiges mitzutheilen: Die Haut der oberen Lider war in hohem, die der unteren in geringerem Masse verkürzt und die Conjunctiva nach aussen gestülpt; das linke Auge phthisisch, das rechte ein Cornealgeschwür aufweisend. Die Ohrmuscheln waren in ihrem Höhendurchmesser verkürzt und in ihrem hinteren Antheile nach rückwärts verzogen. In der Umgebung des Anus bildete die Haut radiär angeordnete, dicke Falten. Die Haut, die nirgends einen Panniculus adiposus aufwies, bot insbesondere am Stamme und den Extremitäten einen Atlasglanz dar, dadurch veranlasst, dass seidenpapierähnliche Epidermislamellen, mehrfach zerklüftet und eingerissen, als linsen- oder bohnengrosse oder noch grössere Schilder erschienen, mit fest anhaftender Basis und meist abgehobenem Rande; so die Epidermis der Gesichtshaut wie die des übrigen Körpers. Am Stamme machte die Cutis den Eindruck eines dünnen Pergamentblattes, das sich nur in steife Falten legen liess. Während die Haut am Stamme ausreichend war, erschien sie an den Extremitäten vielfach zu kurz; daher eine ringförmige Einschnürung an den Radiocarpalgelenken, die meisten Gelenke in Beugecontractur; Finger, Zehen, Nägel verkümmert. An den unteren Extremitäten fanden sich vielfach phalangenbreite, hellbraune, glatte, einen grossen Theil der Peripherie einnehmende Epidermisplatten, die sich bald leicht, bald nur sehr schwer abheben liessen und einige Aehnlichkeit mit dickerem Kautschukpapier hatten, während die zwischen den Epidermisbändern befindlichen Stellen hervorgequollen waren ....

(Als besonders bemerkenswerth will ich noch den Lidbefund des jüngeren Kindes hervorheben. Bei der Aufnahme fanden sich die unteren Augenlider mehr retrahirt als die oberen, die Conjunctiva beiderseits nach aussen gestülpt; beim Schlafen waren die Bulbi nicht gedeckt. — Krankheiten des Bulbus sind nicht

angeführt, also sicher nicht dagewesen; auch bei dem älteren Kinde soll die offenbar neuroparalytische Cornealaffection an dem später phthisischen Auge erst nach einem Jahre, an dem anderen erst nach $2^1/_2$ Jahren, kurz vor der Aufnahme entstanden sein. — Nachdem das Kind zweimal täglich gebadet war, nach dem Bade mit Olivenöl gesalbt, konnte es schon in der 3. Woche mit geschlossenen Augen schlafen.)

Hier sehen wir bei zwei gesund geborenen Geschwistern nach mehreren Lebenswochen genau dieselben Hautveränderungen eintreten und durch sie veranlasst später dieselben Verziehungen und Entwicklungshemmungen, wie bei Ichthyosis congenita. Somit schlägt dieser Fall eine Brücke zwischen den Fällen der fötalen und denen der gewöhnlichen Ichthyosis, von welchen beiden Gruppen jede der Intensität nach verschiedene Varietäten zeigt. Sieht man nun nach dem Hauptkriterium der Zusammengehörigkeit, nach dem pathologisch-anatomischen Befunde, so darf man nicht zu rigoros die Wiederkehr genau desselben Bildes verlangen. Wir sehen ja auch bei dieser anscheinend so gleichförmigen Dermatose Unterscheidungen selbst in Symptomen, die fast pathognomonisch sind. So in dem zeitlichen Beginn des Leidens (die merkwürdigen Fälle von Auspitz[1]), der Fall von Büchner-Luschka[2]), die Fälle von Thost[3]) u. a. zeigten den Beginn der Hautaffection gleich nach der Geburt); so in der Trockenheit der aller Schweisssecretion baren Haut (viele Fälle von Thost hatten Hyperhidrosis besonders an den ichthyotischen Stellen; bei dem älteren Kinde der Beobachtung Lang's sah man den Schweiss in grossen Tropfen hervorbrechen). Es darf darum nicht Wunder nehmen, wenn auch die anatomischen Befunde, über deren einige ich berichten möchte, nicht völlig gleich lauten. So viel ich ersehen kann, hat die Darstellung Esoffs[4]) die meiste Geltung erlangt; wenigstens finde ich sie mehrfach bei Auspitz (Syst. d. H. S. 122 u. 129), ferner bei H. Hebra (l. c. S. 347), bei Lesser[5]) u. A. als giltig

[1]) Diese Vierteljahrsschrift 1869. S. 253.

[2]) Archiv f. phys. Heilkunde 1854. S. 424.

[3]) Ueber erbliche Ichth. palmaris et plantaris cornea. Inaug.-Dissert. Heidelberg 1880.

[4]) Virchow's Archiv, Bd. 69, S. 417.

[5]) Ziemssen's Handbuch. Bd. 14, Th. 1, S. 472.

reproducirt. Nur wird die betreffende Beschreibung ichthyotischer Haut durch Esoff von Kaposi (l. c. S. 543) mit dem Bemerken kurz abgewiesen: Esoff habe einen Fall von acquirirter, auf chronisch entzündeter Haut des Unterschenkels aufgetretener Ichthyose untersucht und seinen Befund ohneweiters auf die echte hereditäre Ichth. bezogen. Liest man im Original nach, so kann man sich in der That des Zweifels nicht erwehren, ob hereditäre Ichthyosis vorlag. Esoff entnahm die Hautstücke der Leiche eines 46jährigen Mannes, über den anamnestisch gar nichts zu eruiren war, an dem nur kleine Hautpartien der Unterschenkel die bekannte Felderung darboten — ein jedenfalls sehr seltenes Vorkommniss bei hereditärer Ichthyose. Dass alle entzündlichen und neoplastischen Erscheinungen fehlten, kann bei der Unkenntniss von Art und Länge der tödtlichen Erkrankung nicht für entscheidend gelten; andererseits fanden sich Verlöthungen der erkrankten Haut und Pigmentirungen in der Umgebung.

Kaposi fand bei leichten Formen weder Hypertrophie der Papillen, noch der Epidermis, doch war ihm der plötzliche Uebergang der Retezellen in die Hornschichte und ein Uebermass von Kittsubstanz zwischen jenen auffällig. Dieses Verhältniss war ihm noch auffälliger bei I. hystrix, von der er eine weitverbreitete Abbildung geliefert hat. Denn während er bei anderen Papillarkeratosen, z. B. spitzen Warzen einer mächtigen Hornschicht ein noch mächtigeres und lebhaft proliferirendes Rete entsprechen sah, fand er bei I. hystrix ein colossales Hornlager über einem schmächtigen, saftarmen, fast atrophischen Rete; die Papillen überdies enorm verlängert.

Ganz ähnlich spricht sich Boegehold[1]) aus, der ausser zwei Reihen von kernhaltigen Rundzellen dicht über den verlängerten Papillen nur verhornte Zellen in dem colossalen Stratum corneum fand.

Anders Thost in seiner klinisch sehr interessanten Beobachtung — es liess sich die Vererbung von nur auf palma und planta beschränkten I. cornea durch vier Generationen in 17 Fällen feststellen; Beginn des Leidens in den ersten Wochen nach der Geburt; allmälige Steigerung bis zur vollen Ausbildung im 14. Le-

[1]) Virchow's Archiv. Bd. 79, S. 545.





bensjahre; Hyperhidrosis besonders an den kranken Hautstellen — unter der starken Hornschicht wurden die Reteschichten alle gut entwickelt gefunden, die Cutis war mächtiger als normal, die Papillen stark vergrössert, übrigens wie bei fast allen Beobachtern verschmälert, nirgends verästelt.

Diese Befunde vervollständigen die Uebereinstimmung der hereditären mit der fötalen Ichthyose; bei beiden liegt dieselbe Hyperkeratose vor; wie Auspitz (Syst. d. H. S. 122) sie genetisch und in ihren Produkten so überzeugend geschildert hat. Die Dickenunterschiede der Malpighischen Schichte können, wie beachtenswerth sie mir auch erscheinen, gegen diese Auffassung nicht geltend gemacht werden. Der alte Namen der Ichthyosis möchte doch (gegenüber dem Keratoma diffusum Lebert's und Kyber's) beizubehalten sein, da er sofort allen verständlich ist; schade nur, dass daneben noch die I. acquisita und die mehrfachen Arten der I. sebacea (Hebra-Kaposi, Rayer-Ziegler[1]) genannt werden.

[1]) Lehrbuch der pathologischen Anatomie. 3. Aufl. S. 203. Jena 1885.

## Erklärung der Abbildungen auf Tafel II.

Fig. 1 ist normaler Bauchhaut eines atrophischen, $1^1/_2$ Jahre alten Kindes entnommen.

Fig. 2 derselben Stelle von Louis Eder. Bei beiden Bildern ist die Vergrösserung Hartnack Oc. 3. Obj. 4 angewandt.

*c* Stratum corneum.
*l* Stratum lucidum.
*g* Stratum granulosum.
*sp* Stratum spinosum.
*ch* Corium.
*d* Schweissdrüsen.
*f* Fettzellen.
*m* Querschnitte glatter Muskelbündel.
*t* Talgdrüse.
*v* venöses Gefäss.

**Aus dem path.-anat. Institute des Herrn Prof. Dr. H. Kundrat.**

# Tuberculosis verrucosa cutis.

## Eine bisher noch nicht beschriebene Form von Hauttuberculose.

Von

**Dr. Gustav Riehl** und **Dr. Richard Paltauf**

Docent für Dermatologie und Syphilis — Assist. an der Lehrkanzel f. path. Anatomie

in Wien.

(Hiezu die Tafeln III und IV.)

---

Einer von uns (Riehl) hatte während seiner Assistentenzeit Gelegenheit, im Ambulatorium der hiesigen dermatologischen Klinik (Prof. Kaposi) eine Reihe von Fällen einer Hautkrankheit zu sehen, welche sich von den bisher bekannten und beschriebenen Dermatonosen sowohl in ihren Symptomen als im Verlaufe wesentlich unterschied, und ausserdem in dem histologischen und ätiologischen Verhalten interessante Eigenthümlichkeiten darbot.

Wir wollen im Folgenden zunächst in Kürze ein aus diesen Beobachtungen resultirendes Bild der Symptome und des Verlaufes dieser Affection geben, und weiterhin an der Hand der histologischen Befunde auf das Wesen der Erkrankung näher eingehen.

Bei Personen beiderlei Geschlechtes, vorwiegend aber bei Männern, sieht man bisweilen an der Rückenfläche einer oder auch beider Hände, mitunter an den Streckseiten der Finger oder an den Zwischenfingerfalten, selten an der Vola manus oder an den angrenzenden Theilen des Vorderarmes Plaques, welche auf den ersten Blick für Lupus verrucosus gehalten werden oder als entzündlich gereizte Warzengruppen imponiren könnten.

Diese Plaques von Linsen- bis über Thaler-Grösse zeigen in voller Entwickelung begriffen zumeist rundliche, mitunter fast kreisförmige oder mehr ovale Begrenzung oder bieten, wenn sich,





wie dies häufig vorkommt, mehrere derselben gegenseitig berühren, serpiginöse Formen dar. Die Vergrösserung der Plaques erfolgt immer durch das Auftreten neuer primärer Erscheinungen am convexen Rande der ursprünglich erkrankten Hautpartie, so dass bei fortschreitenden Herden regelmässig am Rande die morphologisch jüngsten Erscheinungen zu finden sind, während in den centralen Theilen der Plaques die Erscheinungen der Acme und der Rückbildung vorliegen. Man hat kaum jemals Gelegenheit das erste Auftreten der Erkrankung an der vorher gesunden Haut zu beobachten, und wir sind gezwungen aus den Bildern, welche uns die Nachschübe an den peripheren Theilen älterer Plaques bieten, auf das Aussehen der Anfangsstadien des Processes zu schliessen.

Den äussersten Saum einer vorschreitenden Stelle bildet ein in verschiedenem Grade entwickeltes, meist nur wenige Millimeter breites erythematöses Band in Form eines die Plaque theilweise umgebenden Hofes. Die Röthung desselben zeigt hellen Farbenton und schwindet unter dem Fingerdrucke vollständig. Das Niveau dieses äussersten Saumes ist fast nicht über das der angrenzenden gesunden Haut elevirt, steigt jedoch gegen die centralerseits gelegene Zone an. Seine Oberfläche ist glatt und manchmal stärker glänzend als die normale Epidermis. Drüsenmündungen und Haarbälge sind in seinem Bereiche deutlich erkennbar.

In der anschliessenden Zone bemerkt man häufig eine Reihe von kleinen, hirse- bis höchstens hanfkorngrossen Pustelchen mit dünner Decke — daher leicht platzend, von sehr oberflächlichem Sitze, unregelmässig zerstreut, oder zahlreiche rundliche Krüstchen und Schuppen als Reste derselben die Oberfläche bedeckend.

Der Farbenton dieser Zone zeigt ein bräunliches oder auch livides Roth, das sich von dem Hellroth des äussersten Saumes deutlich differenzirt. Bei Druck blassen auch diese Stellen ab, behalten jedoch eine leicht gelbliche Tingirung, welche die Anwesenheit eines — manchmal auch durch den tastenden Finger wahrnehmbaren Infiltrates erkennen lässt.

Je näher dem Centrum, desto erheblicher werden die Veränderungen. Zunächst erhebt sich die nächstfolgende Zone ziemlich beträchtlich über das allgemeine Niveau (2—5 Mm.) und zeigt unregelmässig höckerige Oberfläche, welche sich centralwärts zu

warzigen Auswüchsen mit rundlich kolbigen oder mehr spitzen Enden ausbildet. Diese Papillome, die allmählich gegen das Centrum zu grösser werden, an der Peripherie kaum angedeutete Erhebungen bilden, verursachen zunächst die Prominenz der Plaques und zeigen im einzelnen Falle wie auch an ein und derselben Plaque sehr varitable Grössenverhältnisse. Einzelne erreichen die Höhe von 5—7 Mm. Die Oberfläche dieser Zone ist meistens mit Krusten belegt, welche viel verhornte Epidermis in Lamellenform enthalten; nach Abhebung der Krusten tritt die braunrothe Farbe deutlich hervor.

Zwischen den Papillomen, welche häufig dicht aneinandergedrängt stehen, und an ihren Spitzen mächtige Hornlager tragen, findet man Rhagaden und kleine Erosionen oder Pusteln. Bei seitlichem Drucke entleert sich aus zahlreichen Punkten zwischen den warzigen Excrescenzen je ein kleiner Eitertropfen, so dass man manchmal den Eindruck empfängt, als träte der Eiter aus den Oeffnungen einer Brause oder eines Siebes hervor.

Nur selten sieht man acute Schwellung und Röthung an grösseren Partien oder ganzen Plaques auftreten; in solchen Fällen werden die Charaktere der äusserst chronisch verlaufenden Affection durch die Erscheinungen acuter Entzündung für einige Zeit verdrängt, restituiren sich aber alsbald nach Ablauf der Entzündung wieder. Die Papillome können die ganze centrale Partie einnehmen und grössere Flächen 1—$1^1/_2$ Ctm. bedecken.

Die Drüsenmündungen und Haarfollikel sind in diesem Stadium nicht erkennbar, wohl aber findet man ab und zu ein Lanugohaar, das leicht auszuziehen ist.

Mit diesem Bilde hat der Process seinen Höhepunkt erreicht, und die nunmehr folgenden Stadien gehören der rückläufigen Metamorphose an.

So werden die Papillome an älteren Plaques gegen die Mitte zu wieder flacher, tragen weniger Krusten und ziemlich bedeutende Hornlager, die kleinen Abscesse zwischen denselben fehlen. An noch älteren Plaques ist die centrale Partie gewöhnlich flach, trägt keine Papillome, zeigt glatte oder in geringem Grade schuppende Epidermis und narbiges Aussehen.

Die Narbe sitzt nur in den oberen Cutislagen, speciell in der Papillarschichte, ist dünn und geschmeidig.



Niemals während des ganzen Verlaufes sind die Plaques mit der Unterlage fest verbunden, sondern lassen sich im Gegentheile immer leicht über derselben verschieben. Das auffälligste Symptom der Narben ist ihr siebförmig durchlöchertes oder fein netzförmiges Aussehen. Die Stränge der Narbe glänzen weiss, die zwischenliegenden weniger veränderten Hautpartien, mit ihren stärker gefüllten Gefässchen treten daher um so mehr als röthliche Punkte hervor.

An subjectiven Symptomen ist nur eine im Blüthestadium des Processes vorhandene Druckempfindlichkeit, die sich manchmal bis zu lebhafter Schmerzempfindung schon bei leichter Berührung steigert, zu erwähnen.

An anderweitigen Erscheinungen ist meistens nichts nachzuweisen, nur in einem Falle fand sich Drüsenschwellung in der Achselhöhle nach einer Cauterisation der Plaque.

Die Träger der Affection sind zumeist kräftige im rüstigsten Alter stehende (19—45j.) wohlaussehende Leute. Ein circa 40jähr. Mann litt neben der seit Jahren bestehenden Affection seiner Hand an Carcinoma linquae. Ein 45jähr. Kranker der Abtheilung des Herrn Prof. Schrötter, der seit angeblich 12 Jahren seine Hautaffection trug, starb an M. Brigthii; auf diesen Fall werden wir im Weiteren noch zurückkommen.

Alle Kranken gehörten solchen Berufsarten an, welche eine wiederholte Beschäftigung mit Hausthieren oder thierischen Produkten erforderten.

Unter den 11 Fällen des klinischen Ambulatoriums waren 9 Männer und 2 Weiber, die letzteren Köchinnen.

5 M. Fleischer (2 davon Wirthe),
1 „ Wagner (Landmann),
2 „ Kutscher,
1 „ Landwirth.

Seither kamen noch 3 Fälle zur Beobachtung darunter eine Stallmagd, eine auch in der Küche beschäftigte Hausfrau, und ein Kutscher. In der Familie sämmtlicher Kranken war nach Angabe derselben kein ähnlicher Fall vorgekommen.

Die Affection verlief in allen Fällen chronisch und war von einem Patienten schon seit 15 Jahren, von anderen 12, 10, 6, 5, 2 Jahren getragen worden.

Die Fortschritte erfolgten nur in sehr langsamer Weise von vielen Pausen unterbrochen, und in grösseren Plaques fast immer nur an einem Bruchtheile der Peripherie, wodurch die zuweilen unregelmässig serpiginösen Contouren erklärt werden.

Bei der Mehrzahl der Fälle fanden sich nur ein oder wenige Plaques; in dem oberwähnten obducirten Falle war die Streckseite der Hand fast völlig von narbigen und warzigen Plaques eingenommen, und fanden sich um die ersten Phalangen, an der Vola manus und auch an der Beugeseite des Handwurzelgelenkes und Vorderarmes mehrere Stellen von Kreuzer- bis Guldenstückgrösse erkrankt.

Die einzelnen Plaques scheinen unbegrenztes Wachsthum zu besitzen, so nahm bei einem Falle eine unregelmässig fast lappig begrenzte Plaque den ganzen Handrücken ein und griff auf den Daumenballen über.

Oefter sieht man dieselben durch Monate hindurch in ihrer Grösse ganz unverändert bestehen.

Die Nachschübe erfolgen wie erwähnt zeitlich in grossen Zwischenräumen und häufig nur an einem Theile der Peripherie; die Umbildung derselben zu papillären Formen erfordert meist nur 1—2 Monate. Im letzteren Stadium können sie durch viele Monate verharren, bevor Abflachung und Narbenbildung eintritt. Derartige ältere Papillome zeichnen sich dann durch besonders mächtige Hornlager und den Mangel der Abscessbildungen an ihrer Basis aus. Die alten Papillome verflachen sich nur langsam, verlieren ihre Hornlager und schwinden mit Hinterlassung der beschriebenen Narben. An ihnen, bereits auch an den hornigen, schon lange Zeit stationären Papillomen tritt keine Eiterung oder Entwicklung von Nachschüben mehr auf. Die Narbenbildung bezeichnet somit den Moment des vollkommenen Ablaufes des Processes an Ort und Stelle.

Die Diagnose der beschriebenen eigenthümlichen Hauterkrankung gründet sich weniger auf ein einziges charakteristisches Symptom, als auf das Nebeneinander verschiedener zeitlich auf einander folgender und ineinander übergehender Erscheinungen, welche uns gestatten, ein Bild des Gesammtverlaufes zu construiren. Weder der rothe häufig mit Pusteln besetzte äussere Saum noch die Papillome mit ihren Hornlagern an der Spitze und

Eiterherden an der Basis, noch auch die schliesslich entstehenden Narben sind an sich als charakteristisch zu bezeichnen; wohl aber entstehen bei keiner anderen Affection in solcher Reihenfolge bei Erwachsenen ähnliche Krankheitsbilder. Und gerade diese Verlaufserscheinungen schützen vor Verwechslung mit auf den ersten Blick ähnlichen Affectionen.

Die Aehnlichkeit der Affection mit anderen Krankheiten ist zunächst bezüglich des Lupus verrucosus ins Auge springend und bedarf namentlich mit Rücksicht auf den sehr ähnlichen anatomischen Bau der beiden Krankheitsformen einer genaueren Besprechung der differenzial diagnostischen Symptome.

Lupus producirt immer zunächst umschriebene Infiltrationsherde in der Form braunrother Knötchen, ausgezeichnet durch den Mangel derber Consistenz und acut entzündlicher Erscheinungen. Bei unserer Affection fehlen dergleichen makroskopisch wahrnehmbare umschriebene Knötchen und wird jeder Nachschub von entzündlichen Erscheinungen eingeleitet.

Auch ältere Partien zeigen keine Tendenz zum ulcerösen Zerfall, der ja, wie bekannt, bei den Formen des Lupus verrucosus immer den Papillombildungen vorangeht.

Die miliaren Abscesse, welche wir auf floriden Eruptionen und zwischen den Papillomen unserer Affection vorfinden, können nur bei oberflächlicher Betrachtung mit den unregelmässigen Ulcerationen von Lupus-Knoten identificirt werden. Auch das vollständige Ausheilen der Plaques vom Centrum aus, ohne dass es hier jemals zu Nachschüben kommt, kann eventuell zur Unterscheidung gegenüber Lupus, der ja häufig in narbigen Partien recidivirt, verwerthet werden.

Einfach entzündliche Papillome, wie sie durch oft wiederkehrende mechanische Insulte manchmal zu entstehen pflegen oder schlecht granulirende Wunden sind theils durch ihre Localisation, theils durch das Vorwiegen der entzündlichen Erscheinungen und hauptsächlich durch den mehr weniger acuten Verlauf unterschieden.

Die manchmal nach ulcerösen Syphiliden auftretenden Papillome und Framboësiaformen könnten leicht durch die Anwesenheit des derben braunrothen Infiltrates am Rande und durch die charakteristischen Eigenschaften des syphilitischen Geschwüres

von unserer Affection getrennt werden, wenn auch die serpiginöse Anordnung auf den ersten Blick eine scheinbare Aehnlichkeit bietet. Auf eine Differenzirung gegenüber Lupus erythematosus und Lichen ruber, welche Processe manchmal an denselben Localitäten in ähnlicher Form angetroffen werden, brauchen wir nicht näher einzugehen.

Wohl ist zu erwähnen, dass die netzförmigen Narben mit ihren röthlich durchschimmernden Flecken mit Lupusnarben, in welchen neue Knötchen zur Eruption gekommen sind, Aehnlichkeit aufweisen. Ein leichter Druck mit dem Finger lässt die braunrothen Flecke aber alsbald verschwinden, während Lupusknötchen, wie bekannt, unter denselben noch deutlicher sichtbar werden.

Lupus entsteht fast immer im reiferen Kindesalter fast nie nach der Pubertätszeit primär. Unsere Erkrankung fanden wir regelmässig bei Erwachsenen, und immer nach der Pubertätszeit entstanden, was sich ja leicht aus dem Umstande erklären lässt, dass Kinder nicht mit thierischen Abfällen durch längere Zeit zu hantiren, daher auch keine Gelegenheit zur Acquisition dieser Krankheit haben.

Es kämen ferner entzündliche gereizte Naevi papillosi in Betracht; derartige Naevi zeigen nur vorübergehend entzündliche Erscheinungen, vergrössern sich nicht, entwickeln im Centrum keine Narben, und entstehen nie in vorgeschrittenem Lebensalter.

Manche Plaques könnten wegen der starken Hornlager mit Schwielenbildungen verwechselt werden; letzteren fehlen aber die Papillome; ihre Hornlager formiren flach ausgebreitete über die Papillenoberfläche glatt wegstreichende Platten, welche auch bei entzündlicher Reizung nicht von Eiterungen durchsetzt werden. Auch zeigen Schwielen kein serpiginöses Fortschreiten, keine Narben im Centrum und sind schliesslich zumeist an solchen Stellen situirt, welche häufig mechanischen oder chemischen Insulten ausgesetzt sind, also nicht gerade an den Lieblingssitzen unserer Plaques.

Die von Roser und Weil beschriebenen sogenannten entzündlichen Hautpapillome haben völlig differentes Aussehen, localisiren sich und verlaufen in ganz anderer Art als unsere Krankheitsform.

Die oben erwähnten, lange stabil verharrenden, mit mächtigen Hornlagern versehenen Papillomgruppen, welche manchmal Monate lang scheinbar unverändert bestehen, gleichen zuweilen gewöhn-



lichen verhornten Warzen, sind aber durch ihre Ausbreitungsform und die fast immer sichtbaren Symptome früherer oder späterer Stadien unserer Affection charakterisirt, wohl niemals Gegenstand der Verwechslung.

---

Die histologischen Veränderungen, welche in der oben beschriebenen Weise erkrankte Hautpartien zeigen, geben über die Natur des Processes Aufschluss, und erklären in mancher Hinsicht die klinischen Eigenthümlichkeiten der Erkrankung. Wir wollen in Folgendem auf die Beschreibung und Erörterung dieser Befunde näher eingehen.

Als Material zur anatomischen Untersuchung dienten hauptsächlich dem Lebenden entnommene Hautpartien, welche entweder mit dem Messer oder mittelst scharfen Löffels zu therapeutischem Zweck entfernt wurden. Die auf diese Weise gewonnenen Objecte stammten von sieben verschiedenen Fällen, von welchen einige je zwei und drei Plaques aufwiesen, so dass uns genügendes Material zum Studium des Processes in seinen verschiedenen Stadien zur Verfügung stand. Ausserdem untersuchten wir die oben erwähnte Hand eines Fleischers, welcher an Morbus Brigthii chron. gestorben war, und nebenbei bemerkt, bei der Obduction nirgends eine Spur von Tuberculose gezeigt hat. Der Kranke litt an seiner Hauterkrankung angeblich 12—15 Jahre und hatte niemals deswegen ärztliche Hilfe aufgesucht. An dieser Hand und den vordersten Theilen der Beugeseite des Vorderarmes waren Plaques in allen Enwicklungsstadien vorhanden.

Die Hand wurde mit Berlinerblau-Leimmasse injicirt, nachdem vorher eine Plaque (des Vorderarmes) excidirt worden war, hierauf in absolutem Alkohol gehärtet.

Die übrigen Objecte wurden jedesmal gleich nach der Excision in absoluten Alkohol gebracht, gehärtet, in senkrechte Schnitte zerlegt, und weiterhin nach verschiedenen Färbemethoden behandelt. Alle untersuchten Fälle boten histologisch identische Bilder, die nur, entsprechend den verschiedenen Entwicklungsstadien, welchen die Objecte angehörten, variirten. An Stellen, die sich im Stadium der höchsten Entwicklung befanden, bot sich folgendes Bild.

Die Hornschichte über den warzenförmig vergrösserten Papillen zeigt eine ungewöhnliche Mächtigkeit, ist in vielfachen Lamellen unregelmässig über die ganze Oberfläche geschichtet, und zieht sowohl in kryptenförmige Einsenkungen an der Basis der Papillome hinab, als auch über die Kuppen und Spitzen der Papillome, ohne jedoch überall dieselbe Mächtigkeit beizubehalten; speciell an den Spitzen der Wärzchen finden sich Epidermislager in ähnlicher Weise wie bei Ichthyosis hystrix übereinander geschichtet, während die Hohlräume der erwähnten kryptenförmigen Einsenkungen an der Basis der Papillen zumeist von verhornten Epidermisschichten völlig erfüllt werden. Zwischen ganz verhornten Epidermisschichten finden sich vertrocknete Exsudatmassen mit theilweise noch färbbaren Kernen, unregelmässig körniger Detritus theils in minimalen flachen Lagen, theils in grösseren mächtigeren Massen eingeschoben. Am Stratum lucidum und granulosum sind weder in den einzelnen Elementen noch bezüglich der Mächtigkeit dieser Schichten irgend welche Veränderungen nachweisbar, doch fehlt wie häufig auch unter anderen Umständen an einzelnen Stellen das Stratum granulosum. Die Stachelzellenschichte zeigt im allgemeinen eine etwas mächtigere Entwicklung, die interpapillaren Zapfen wuchern an manchen Punkten in Form von kolbigen oder fingerförmigen Auswüchsen in die Tiefe. Die einzelnen Stachelzellen zeigen besonders deutlich sichtbare Riffen respective Verbindungsfäden, haben aber in der Regel die ihrer Lage entsprechende normale Configuration. An zahlreichen Punkten, namentlich in der Nähe der kleinen Abscesschen findet man das Rete Malpighii von Rundzellen mehr weniger reich durchsetzt; die Basalschichte zeigt keine auffälligen Veränderungen, abgesehen von einzelnen weiter unten noch näher zu beschreibenden Abweichungen an Punkten, wo sich unter ihr Eiterherde befinden.

Die hauptsächlichsten und zugleich belangreichsten Veränderungen bietet die Cutis in ihren oberen, den Papillen und der Basis derselben angehörigen Schichten, wogegen die Betheiligung der tieferen Cutislager und des subcutanen Gewebes nur zeitweilig eine irgend in Betracht kommende Rolle spielt. Die Papillen zeigen der schon makroskopisch auffallenden Vergrösserung entsprechend eine Volumszunahme in allen Dimensionen; ihre Form schwankt von feinen spitzigen Wärzchen bis zu unregelmässig



kolbigen Auswüchsen, die durch mächtige Epidermislager von einander getrennt, die Aehnlichkeit mit den Papillomen der Ichthyosis histrix vermehren. Entsprechend dem Stratum vasculosum subpapillare, das in seiner ursprünglichen Gefässanordnung nicht mehr nachweisbar erscheint, findet man eine Reihe von isolirten oder unregelmässig confluirenden, sich meist nur in der Horizontalen ausbreitenden Herden von Zellinfiltraten, welche sich in manche der verbreiterten Papillen erstrecken, nach abwärts aber nur ausnahmsweise die Ebene der Schweissdrüsenknäuel erreichen.

Das Gewebe in der nächsten Umgebung dieser Infiltrate weist immer einen mehr minder hochgradig entwickelten chronisch entzündlichen Zustand auf, so dass sowohl die Papillen als auch die tieferen Cutislager das Bild grösseren Zellenreichthums bieten — die ganze infiltrirte Zone ist reich an unregelmässig vertheilten meist auffällig weiten Gefässen vom Charakter der Capillaren.

Die einzelnen Infiltrationsherde bestehen aus Granulationsgewebe, das in typischer Weise um Centren angeordnet erscheint. Die peripheren Schichten eines derartigen rundlichen Infiltrats bestehen aus dicht gedrängten Rundzellen, zwischen denen mehr minder zahlreiche Capillargefässe mit reichlichen Kernen in ihrer Wandung ziehen. Mehr gegen das Centrum zu treten grosse spindelförmige oder oval und rundlich geformte Zellen mit reichlicherem Protoplasma, grossen ovalen oder länglichen, scharf contourirten, sich gegenüber den Rundzellenkernen schwächer tingirenden Kernen auf — epitheloide Zellen — welche manchmal den ganzen centralen Theil der kugligen Infiltrationsherde einnehmen; zwischen ihnen findet man in jedem Knötchen eine oder auch mehrere vielkernige Zellen, vollkommen den Riesenzellen entsprechend. An der Mehrzahl der vorhandenen Knötchen wird das Centrum von einer käsig zerfallenden Masse gebildet, die gegen die Zone der epitheloiden Zellen sich nirgends scharf abhebt, und manchmal im Innern mehr minder deutliche Reste von Riesenzellen erkennen lässt. An Knötchen mit weit vorgeschrittener Verkäsung erscheinen an der Grenze des käsigen Herdes die Riesenzellen besonders zahlreich.

Die dichter gelagerten Infiltrate lassen an den meisten Stellen ihre ursprüngliche Zusammensetzung aus ähnlichen ein-





zelnen Knötchen erkennen, oder erscheinen rings um ein vollständig verkästes und eliminirtes Knötchen entstanden zu sein; im letzteren Falle umgibt die verkäsende Partie mehr weniger kuglig geformte in die Tiefe eingesenkte Epidermiszapfen mantelförmig und es folgen die Zone der epitheloiden Zellen mit den Riesenzellen und das Granulationsgewebe in concentrischer Schichtung. Weder die verkästen Partien noch die Zone der epitheloiden Zellen der Knötchen, enthalten, wie vollkommene Injectionspräparate zeigen, Gefässe; die Riesenzellen sind zumeist der kleineren Form mit 12—20 randständig geordneten Kernen angehörig, doch finden sich auch enorm grosse mit über hundert wallartig an der Peripherie gehäuften Kernen und einem glänzenden, fest homogenen, glasigen Innern.

Diese Infiltrate besitzen also die Eigenschaften von Riesenzellen-Tuberkeln.

Auffälligerweise tritt in derartig infiltrirten Partien neben der beschriebenen Verkäsung auch Eiterung auf, welche constant von der der Epidermis zugerichteten Fläche ihren Ausgang nimmt. Dieser Entzündungsprocess betrifft dabei nie die ganze infiltrirte Zone in gleichförmiger Weise, sondern tritt in kleinen Herden meist um die tiefsten Einsenkungen der Epidermis herum auf. Auf diese Weise entstehen Entzündungsherde, die ein oder auch mehrere der beschriebenen Knötchen in sich fassen, und häufig zur Abhebung und Durchbruch der Epidermis, Vereiterung, und endlich zur Ausstossung der oberflächlich gelagerten Partien führen. Man hat Gelegenheit derartige Entzündungsvorgänge in den verschiedensten Stadien zu beobachten; beginnende entzündliche Infiltration, Bildung miliarer, subepidermidal gelagerter Abscesschen, Loswühlung der Epidermis am Grunde eines interpapillaren Zapfens, Durchbruch des ganzen Epidermislagers und schliesslich Ausfüllung der entstandenen kleinen Eiterhöhle durch hineinwuchernde Epidermismassen, wodurch die Entstehung der schon Eingangs erwähnten kolben- oder mitunter kugelförmigen mit Hornlagern erfüllten Krypten veranlasst wird. Diese kleinen Abscesschen sind die Quelle jener Eiterpunkte, welche sich an voll entwickelten Plaques durch seitlichen Druck oft in grosser Menge aus den interpapillaren Einsenkungen herauspressen lassen. Die die ehemalige Abscesshöhle erfüllenden Epidermismassen zeigen exquisit



lamellöse Structur und bergen zwischen ihren Blättern grössere oder kleinere Mengen des zuletzt entleerten Eiters und der mit entfernten käsigen Massen. Zuweilen imbibiren sich die geschichteten Hornmassen der umliegenden Papillen in ähnlicher Weise mit den Vereiterungsprodukten und geben dadurch Anlass zur Bildung der eigenthümlichen, bald mehr krustenförmigen, bald mehr schwielig aussehenden Auflagerungen der Plaques (Crustae lamellosae Hebra).

Entwickelt sich die acute Entzündung an mehreren dicht bei einander liegenden Punkten zu gleicher Zeit, dann treten die entzündlichen Erscheinungen stark in den Vordergrund, indem sowohl die ganze darüberliegende Papillengruppe, als auch die unterhalb befindliche Cutis erhebliche Zeichen der Entzündung, reichliche Einlagerung von Leukocyten und fibrinösem Exsudat zeigen; derartige histologische Bilder entsprechen den zeitweilig auffälligen Röthungen und Schwellungen solcher Plaques, während die zerstreut und einzeln auftretenden Abscesschen klinisch kaum wahrnehmbare Entzündungserscheinungen hervorrufen und nur durch die Eiterentleerung bei Druck nachweisbar sind.

Wie oben erwähnt greift die Infiltration mit Granulationsgewebe an manchen Stellen in das Gewebe der Papillen über, wobei zumeist die Basis der letzteren befallen wird. Auch an solchen Stellen tritt manchmal Vereiterung auf. Die tieferen Schichten der Cutis werden nur bei aussergewöhnlich starker Infiltration mit einbezogen, so dass nach unserer Erfahrung die Ebene der Schweissdrüsenknäuel nie von dem Granulationsgewebe überschritten wird. Die entzündlichen Erscheinungen erstrecken sich dagegen nicht selten bis zum Fettgewebe ohne hier jemals Eiterung zu produciren. Die Gefässe an der Grenze des subcutanen Bindegewebes zeigen bisweilen Rundzelleninfiltration in ihrer Adventitia, an einzelnen grösseren derselben sieht man manchmal Verdickung der Media.

Die im Bereiche der Infiltration gelegenen Talgdrüsen und Haarbälge gehen während des langwierigen Verlaufes des Processes allmählich zu Grunde, so dass man im Floritionsstadium nur mehr Reste derselben antrifft, während sie in den vernarbenden Theilen gänzlich fehlen. Es ist besonders hervorzuheben, dass das Auftreten des Granulationsgewebes oder der acut entzündlichen



Veränderungen in keiner Weise an die drüsigen Elemente der Haut oder an die Haarbälge gebunden erscheint.

Die Schweissdrüsenknäuel zeigen meist gar keine Veränderung, und ebenso durchziehen ihre Ausführungsgänge das Infiltrat und die Epidermis in ziemlich intactem Zustande. Nur an einzelnen Schnitten fanden wir die Drüsenschläuche in den Knäueln cystös erweitert, und das Epithel derselben körnig getrübt.

Wenn wir die jüngeren Theile einer Plaque untersuchen, fällt zuerst die Prävalenz der entzündlichen Erscheinungen ins Auge. Während in ausgebildeten Partien das Granulationsgewebe in grosser Ausbreitung die subpapillaren Theile der Cutis ersetzt, finden wir an relativ jungen Stellen nur vereinzelte knötchenförmige Herde von Granulationsgewebe der oben beschriebenen Beschaffenheit. Die mässig vergrösserten Papillen und die darunter liegende Cutisschichte sind reich von einfach entzündlichem Infiltrate erfüllt, das von erweiterten Capillaren durchzogen wird.

Je mehr wir uns dem warzigen Theile der Plaques nähern, desto mehr tritt die entzündliche Veränderung gegen das Granulationsgewebe in den Hintergrund.

Auffällig erscheint die Verbreitung der interpapillaren Retezapfen, welche tiefer als normal sich in das Cutisgewebe einsenken. Die solche Stellen bedeckende Epidermis zeigt bereits Verdickung, jedoch in viel geringerem Masse als an den ausgesprochen warzigen Partien.

Den äussersten Saum fortschreitender Plaques genauer zu untersuchen, hatten wir leider keine Gelegenheit. Wir fanden nur an einer der untersuchten Plaques in den der normalen Haut zu gelegenen etwas vergrösserten Papillen Erweiterung und Schlängelung der Capillaren bei leichter Zellinfiltration.

Die älteren in Rückbildung begriffenen mehr gegen das Centrum der Plaques gelegenen Partien zeigen im Allgemeinen einen minder hohen Grad von Infiltration als die Wärzchengruppen florider Stellen. Das Granulationsgewebe erreicht nirgends die Ausbreitung wie bei diesen, sondern zieht knapp unter der Epidermisgrenze in Form eines schmalen Streifens hin, der an einzelnen Punkten Riesen- und epitheloide Zellen oder auch die Zeichen der beginnenden Verkäsung aufweist. Was dieses Stadium aber besonders auszeichnet, ist das relativ starke Zurücktreten der

begleitenden Entzündungserscheinungen; nirgends sieht man acute Entzündung mit Abscessbildung. Die früher stark vergrösserten Papillen verschrumpfen, ihre Gefässe werden enger und der Kernreichthum nimmt ab.

Zugleich mit diesen Rückbildungserscheinungen wird auch die Stachelzellenschichte weniger mächtig und sendet keine breiten Zapfen in die Tiefe. Haarbälge und Talgdrüsen sind nirgends nachweisbar. Die auf solchen Stellen liegende Epidermis erreicht eine bedeutende Mächtigkeit; die Hornlamellen liegen zu hohen Schichten namentlich über den Papillenspitzen übereinandergethürmt, enthalten weder Exsudatreste noch käsige Massen und haften in Folge dessen inniger aneinander. Man sieht bisweilen Papillen mit Hornlagern von 2—3 Mm. Mächtigkeit. Die an floriden Stellen überall sichtbaren kugligen Hornmassen fehlen.

Je mehr man sich dem Narbencentrum der Plaques nähert, desto niedriger werden die Papillome, sie verlieren ihre Hornlager und unter ihnen schwindet das Granulationsgewebe schliesslich vollends, und wird durch unregelmässig ineinandergreifende Narbenstränge, welche ganz oberflächlich liegen, ersetzt. Um die Gefässe herum bleibt noch an älteren Narben geringfügige Zellinfiltration sichtbar.

Die Papillen fehlen an manchen Punkten gänzlich, die Epidermis streicht dort glatt über die Narben weg, an anderen Punkten sind die Papillen mehr minder gut erhalten. In den tieferen Schichten der Cutis und des subcutanen Bindegewebes sind keine Veränderungen nachweisbar.

Fassen wir die beschriebenen histologischen Bilder in ihrer natürlichen Folge zusammen, so lässt sich der ganze Process unschwer als eine eigenthümliche Form der Hauttuberculose erkennen.

Eine weitere Bestätigung erfährt die auf Grund der histologischen Beschaffenheit gestellte Diagnose durch den bacteriologischen Befund. Die auf Mikroorganismen angestellte Untersuchung erwies constante Anwesenheit von Bacillen in dem Granulationsgewebe, und das Vorkommen einer Coccenform überall dort, wo acute Entzündung und Eiterung vorhanden war.

Die nachgewiesenen Bacillen besitzen genau Form und

Grösse von Tuberkelbacillen, geben alle Farbreactionen der letzteren, und sind somit zweifellos als Tuberkelbacillen anzusehen. Sie finden sich in den Riesenzellen, in den epitheloiden Zellen der Knötchen und zuweilen frei im Granulationsgewebe zerstreut. In epitheloiden und Riesenzellen sieht man zumeist je einen, nicht selten auch zwei oder drei Bacillen, wogegen in vielen Riesenzellen und in der grössten Zahl der epitheloiden Zellen sich kein Bacillus nachweisen lässt. Der Befund von Bacillen im eigentlichen Granulationsgewebe, und von Bacillen, welche an keine Zellen gebunden erscheinen, ist relativ seltener.

In den rein entzündlichen Infiltraten und in den verkästen Theilen der Knötchen fehlten Bacillen vollständig.

Dagegen konnten wir an einem Falle in einer Reihe von Schnitten in zwischen verhornter Epidermis eingekapselten käsig-eitrigen vertrockneten Massen Häufchen von 5 bis über 20 Bacillen unregelmässig nebeneinanderliegend nachweisen.

Die Stelle an diesen Schnitten entsprach einer der oben beschriebenen an der Papillenbasis eingesenkten Epidermiskugeln.

Was die Zahl der Tuberkelbacillen anbelangt, konnten wir constatiren, dass dieselben je nach dem Entwicklungsstadium, welchem das Untersuchungsobject angehörte, sich in verschiedener Menge vorfanden. So waren in Schnitten von in voller Entwicklung begriffenen Plaques in jedem Schnitte mehrere Bacillen nachweisbar, in einzelnen im Centrum verkäsenden Tuberkelknötchen allein zuweilen bis fünf; in Schnitten aus bereits in Rückbildung befindlichen Stellen fand sich eine bei Weitem geringere Bacillenmenge, so dass manchmal in einer Reihe von 3—4 Schnitten nur ein Bacillus aufgefunden werden konnte, und da jedesmal in einer Riesenzelle. In den jungen tuberculösen Infiltraten am fortschreitenden Rande der Plaques liessen sich immer Bacillen nachweisen. Uebrigens scheint die Zahl der Bacillen nicht blos nach dem Verlaufsstadium, sondern auch nach dem einzelnen Falle zukommenden Eigenthümlichkeiten zu schwanken, da wir nicht in allen klinisch gleich entwickelten Plaques gleich häufig Bacillen fanden.

Die vorstehenden Angaben basiren auf der Untersuchung von 12 Plaques, welche von sieben verschiedenen Kranken stammten. Von jeder Plaque wurden mindestens 15—20 Schnitte auf das Vorkommen der Bacillen geprüft.





Coccen fanden sich ausschliesslich in Präparaten, welche das Bild der acuten Entzündung, wie oben beschrieben, darboten, dieselben sind, von kugliger Gestalt, völlig gleicher Grösse, einzeln zu zwei oder vier, auch zu grösseren Häufchen beisammen, jedoch keine Ketten bildend und finden sich zerstreut im Bereiche des Entzündungsherdes im Gewebe, in den käsigen Massen im Eiter der Abscesschen und zwischen den Hornlamellen.

Am dichtesten gedrängt erscheinen sie in der Nähe eben durchbrechender Abscesschen; ausser diesen kleinen Coccen finden sich regelmässig an den obersten Epidermislamellen andere grössere Coccenformen oft grosse Ballen bildend.

Die ersteren liessen sich nach den gewöhnlichen Methoden mittelst Anilinfarben darstellen und konnten durch Doppelfärbungen (Gram's Methode — Nachfärbung mit Lithiomcarmin) in Schnitten bezüglich ihres Vorkommens instructive Präparate gewonnen werden. Ebenso konnten sie in den nach Ehrlich's Methode behandelten doppeltgefärbten (Fuchsin — Methylenblau oder Gentiana — Bismarkbraun) Schnitten neben den Tuberkelbacillen nachgewiesen werden.

Wenn wir das histologische Bild und das Verhalten der vorgefundenen Bacillen und Coccen bei unserer Affection mit den Bildern vergleichen, welche die bekannten Formen von Hauttuberculose (subacute Tuberculose, Scrophuloderma und Lupus vulgaris) bieten, fallen in mehrfacher Hinsicht gewisse Eigenthümlichkeiten unserer Erkrankung auf, welche die histologische Differenzirung gegenüber den anderen Tuberculosenformen ermöglichen. Zuerst ist die Localisation der Tuberkel, welche nur im Gebiete des Stratum vasculosum subpapillare auftreten, auffällig. Wenn wir von der durch ihren mehr acuten Verlauf ausgezeichneten Miliartuberculose, welche ja klinisch gar keine Aehnlichkeit zeigt, absehen, finden wir bei Lupus und Srophuloderma fast regelmässig die tieferen Cutisschichten und das subcutane Gewebe in den tuberculösen Process mit einbezogen, wenn derselbe nicht geradezu von diesen Punkten seinen Ausgang nimmt. Auch die Verlaufsweise unseres Processes zeigt eine Eigenthümlichkeit, welche in diesem Masse keiner anderen Tuberculosenform zukommt, in dem Auftreten umschriebener acuter Entzündungsherde unmittelbar unter dem Rete und in der Bildung miliarer Abscesschen, welche nie — wie bei



Lupus und Scrophuloderma in der Regel — in geschwürigen Zerfall der tuberculösen Infiltrate übergehen [1]), sondern regelmässig nach kurzer Zeit mit Ueberhäutung enden.

Wenn wir auch im Lupus papillaris sive verrucosus eine Form kennen, welche zur Bildung von warzigen Excrescenzen führt, so ist diese keineswegs identisch mit den Papillomen unseres Processes, indem bei Lupus die warzigen Auswüchse meist das Resultat unregelmässiger Granulationsbildung und gestörter Ueberhäutung nach ulcerösem Zerfall von Lupusknoten sind, während bei unserer Krankheit das Auswachsen der Papillen gleich zu Anfang des Processes ohne vorausgehende Ulceration, ja wahrscheinlich fast gleichzeitig mit der Entwicklung der Tuberkel beginnt.

Auch das Endstadium des Processes, das völlige Ausheilen desselben mit ganz oberflächlicher Narbe ohne locale Recidive, unterscheidet denselben vom Lupus, mit welchem allein anatomisch eine bemerkenswerthe Aehnlichkeit zu finden wäre.

Ausserdem scheinen in einigen histologischen Details, so in den ausnehmend grossen und auffallend kernreichen Riesenzellen, in der in vielen Knötchen auftretenden typischen Verkäsung, in der regelmässig vorfindlichen übermässigen Production von Hornlagern, weitere Unterschiede zu liegen.

Auch der bacteriologische Befund zeigt, was die Zahl und Lagerung der Tuberkelbacillen und das Auftreten der Coccen betrifft, gegenüber den übrigen Tuberculosenformen der Haut merkliche und berücksichtigenswerthe Abweichungen.

Während im Lupus nach übereinstimmenden Angaben (Koch, Cornil, Doutrelepont etc.) erst in einer grossen Zahl von Schnitten ein Bacillus gefunden wird, welcher regelmässig in einer Riesenzelle liegt, und wir anderseits bei der Miliartuberculose grosse Mengen von Bacillen überall im Gewebe zerstreut in Zellen oder frei antreffen, sehen wir bei unserer Affection ein zwischen diesen beiden Formen liegendes Verhältniss, das von beiden gleich weit abweicht.

Dieses Verhältniss entspricht völlig den mässig chronischen

[1]) Vergl. Neisser, die chronischen Infectionskrankheiten der Haut, Ziemssen's Handbuch. XIV. Bd. I. Hälfte, pag. 574. — Ein Lupusknötchen der Haut wird nie zur Pustel, nie breitet sich ein lupöses Geschwür durch acute „Vereiterung" aus.





Verlaufserscheinungen unseres Processes gegenüber dem äusserst chronischen Verlaufe des Lupus und der fast acut verlaufenden Miliartuberculose der Haut.

Aus den beschriebenen Beobachtungen und Befunden geht mit Sicherheit hervor, dass wir unsere Affection als eine Form der Hauttuberculose zu betrachten haben, welche in klinischer und anatomischer Beziehung wohl charakterisirt mit keiner der bisher bekannten Arten von Hauttuberculose identisch ist.

Wir haben, um die klinisch auffälligste Eigenthümlichkeit schon im Namen auszudrücken, die Bezeichnung: „Tuberculosis verrucosa cutis“ gewählt.

Bezüglich der Prognose ist nach unseren Erfahrungen hervorzuheben, dass eine Spontanheilung zwar möglich ist, wie die partiellen Ausheilungen der centralen und einzelnen Randpartien beweisen, dass aber keiner unserer Fälle ohne Recidive an ein oder der anderen Stelle geblieben ist.

Die besondere Hartnäckigkeit der Affection lässt sich schon aus dem bei einzelnen Kranken bis auf 15 Jahre ausgedehnten Gesammtverlaufe entnehmen. Wenn nun auch die Affection in der Mehrzahl der Fälle nur locale Veränderungen producirt, und ohne weitere Consequenzen verläuft, so lässt sich immerhin die Möglichkeit denken, dass unter besonderen Umständen von der erkrankten Haut her Resorption von zerfallendem Infiltrate mit Aufnahme von Tuberkelbacillen in den Lymphstrom, tuberculöse Infiltration der Drüsen und schliesslich Allgemeintuberculose entstehen. Die Zahl der beobachteten Fälle ist zu gering, um aus dem bisher nicht gesehenen Eintreten derartiger Consequenzen einen Schluss auf die Unschädlichkeit der Affection für das Gesammtbefinden zu erlauben. Wenn man sich erinnert, dass bei Lupus vulgaris, der ja doch auch als eine Form der Hauttuberculose betrachtet werden muss, unter einer grossen Zahl von Fällen nur selten eine allgemeine tuberculöse Erkrankung beobachtet wird, dürfte der bisherige Mangel einer derartigen Beobachtung bei unserer Affection umsomehr an Bedeutung verlieren.

Wie wir vorhin erwähnt haben, finden sich bei unserer Affection weit mehr Tuberkelbacillen, und zwar nicht in den Riesenzellen eingeschlossen, wo sie für eine Aufnahme in die Lymphbahnen sehr ungünstig situirt sind, sondern auch in und



zwischen den Infiltratzellen und in der Epidermis; es wäre also hier viel mehr Gelegenheit zur Verschleppung der Bacillen gegeben, als bei Lupus, wenn auch im Vergleiche zur subacut verlaufenden Miliartuberculose der Haut die Anzahl derselben relativ noch immer als gering bezeichnet werden muss.

Was die Heilungsfähigkeit anbelangt, liegen uns ziemlich reichliche Erfahrungen vor, da die meisten citirten Fälle in Behandlung gezogen werden und es lässt sich behaupten, dass in jedem Falle durch geeignete Therapie der Process zu heilen ist.

Von therapeutischen Methoden wurden Excision mit dem Messer, Auskratzung mit dem scharfen Löffel und Verätzungen durch verschiedene Mittel angewendet. Am häufigsten kam der scharfe Löffel in Verwendung, und erwies sich mit nachträglicher Cauterisation (Kalium causticum oder Argent. nitricum) oder in Verbindung mit Jodoformverband als wirksamstes Heilmittel. Die einfachen Aetzungen wurden mit Kali causticum, das ohne vorausgehende Auskratzung ungleichmässig einwirkte, und mit Pyrogallussäure am häufigsten vorgenommen.

In den ersten beobachteten Fällen wurde häufig nur Druckverband mit 10% Salicylseifenpflaster oder Emplastrum hydrargyri angewendet; auch unter dieser Therapie verkleinerten sich die Papillome, ohne dass indess völlige Heilung erzielt werden konnte. Als rationellste Methode wollten wir die Zerstörung der ganzen Plaque mit dem Galvanocauter empfehlen, bei dessen Verwendung die Aufnahme von unversehrten Bacillen in den Kreislauf wohl völlig ausgeschlossen ist. Wir besitzen über die Wirkung der Galvanocaustik zwar keine specielle Erfahrung, können indess die Resultate einer Reihe von Dermatologen, welche seit dem Bekanntwerden der tuberculösen Natur des Lupus nur mehr vom Glüheisen Anwendung machen (Besnier etc.), verwerthen und glauben, dass durch diese Methode am sichersten eine Zerstörung aller tuberculösen Massen erzielt und eine Infection von der Operationswunde aus verhütet werden könne. Die Narben, welche nach Anwendung aller dieser Verfahren erzielt werden, dürften in der Regel und besonders nach Anwendung des Glüheisens grösser ausfallen als bei spontaner Verheilung oder nach weniger intensiven Aetzungen; dieser geringe Nachtheil wird jedoch durch die



Sicherheit der gänzlichen Zerstörung der sämmtlichen tuberculösen Massen reichlich aufgewogen.

---

In der neueren Literatur finden wir nur eine von Leloir unter dem Namen „Perifolliculite suppurée et conglomérée en placard" beschriebene Affection, welche mit unserem Krankheitsbilde einige Aehnlichkeit aufweist, jedoch in mancher Hinsicht wieder so weit abweicht, dass wir beide Formen nicht identificiren, höchstens für verwandt ansehen können.

Leloir beschreibt seine Affection als eine acut verlaufende, in circa 8 Tagen den Höhepunkt ihrer Entwicklung erreichende und in weiteren drei Wochen wieder vollkommen zurückgebildete Krankheit, welche an den Händen, aber auch an anderen Körperstellen kreisrunde oder ovale, scharf abgesetzte Plaques von weinrother oder bläulicher Farbe producirt. Die einzelnen Plaques ragen 2—5 Mm. flachgewölbt über das Hautniveau vor und sind von einer grossen Menge von in kleine Abscesse führenden Oeffnungen siebförmig durchsetzt.

Schon aus diesen wenigen Details der Beschreibung erhellt zur Genüge, dass Leloir's Dermatose mit der unseren nicht identisch ist. Die Aehnlichkeit beider Formen besteht hauptsächlich in dem Umstande, dass Leloir alle Fälle bei Leuten gesehen hat, welche mit Pferden und Kühen beschäftigt sind, und in dem histologischen Verhalten, da auch bei Leloir's Affection mit Epidermis und Eiter erfüllte, fast kugelige Einsenkungen und Riesenzellen im Infiltrate sich vorfanden. Leloir hat eine Coccenform gefunden, welche er für die Erreger der Krankheit ansieht. Bei einzelnen Fällen mit retardirtem Verlaufe sah Leloir Entwicklung von Papillomen (variété papillomateuse).

Da wir hier auf die interessante Arbeit Leloir's nicht näher eingehen können, wollen wir ohne auf die weiteren Vergleichungspunkte dieser Formen Rücksicht zu nehmen, die Vermuthung aussprechen, dass Leloir's Affection eine acut verlaufende Variation unserer Erkrankung vorstellen könnte, deren Acuität durch die Massenhaftigkeit der Coccenentwicklung bedingt wäre. An Wahrscheinlichkeit würde diese Vermuthung gewinnen, wenn es



Leloir gelänge, in den Zellinfiltraten und Riesenzellen Tuberkelbacillen nachzuweisen.

Roser und C. Weil's „entzündliche Hautpapillome" bieten so wenig Aehnlichkeit mit unserer Krankheit, dass wir füglich uns darauf beschränken können, dieselben hier zu nennen.

Weitaus am nächsten steht unsere Affection einer seit langer Zeit bekannten Krankheit, welche zumeist Leichendiener, Aerzte und Studenten, die mit Obductionen beschäftigt sind, befällt, und unter dem Namen Leichenwarze, Verruca necrogenica, Tubercule anatomique etc. bezeichnet wird.

Bekanntlich erscheinen diese warzenförmigen Wucherungen an den mit Leichentheilen bei Sectionen am häufigsten und intensivsten in Berührung gebrachten Partien der Haut i. e. an den Händen und Vorderarmen und hier zumeist über den Phalangeal-, Phalango-Metacarpal-Gelenken und an den Interdigitalfalten. Gewöhnlich entstehen sie ohne nachweisbare vorausgehende Verletzung der Haut oder aus ganz unbedeutenden Ritzwunden und Rhagaden.

Ihre Entstehung wird zumeist dadurch eingeleitet, dass an irgend einer Stelle ein kleiner rother und flacher Knoten auftaucht, der alsbald an seiner Kuppe von einer oberflächlichen kleinen Pustel eingenommen wird. Die Pustel vertrocknet und bildet eine Kruste, welche, mechanisch entfernt, sich rasch erneuert. Nach einer Reihe von Tagen fällt dieselbe schliesslich ab; man sieht nun ihren Grund mit dünner Epidermis überzogen und leicht höckerig. Unter dem Fingerdrucke schwindet die Röthung fast gänzlich, doch lässt sich häufig etwas vermehrte Resistenz nachweisen.

Im Laufe von zwei bis drei Wochen verdickt sich das Epidermislager allmählich, die Unebenheiten werden grösser und wandeln sich schliesslich zu mässig vorragenden warzenartigen Papillomen um. Zwischen letzteren lässt sich häufig durch seitlichen Druck ein oder das andere kleine Eiterpünktchen entleeren, das aus der Tiefe aufsteigt, während an der Oberfläche keine Pustelbildung bemerkbar war.

Während dieses Vorganges schiebt sich der periphere Entzündungshals vorwärts und vergrössert so das ursprünglich von dem Knötchen eingenommene Territorium. Diese Vergrösserung



kann, in langsamer Weise vor sich gehend, schliesslich zur Ausdehnung der Plaques auf Kreuzer- und Thalergrösse gedeihen.

In demselben Masse, als der Saum sich vorschiebt, wuchern die ursprünglich nur an der Basis der Pustel entstandenen Papillome gegen die Peripherie, und vergrössern sich im Centrum, wo sie dann ganz mächtige Lager verhornter Epidermis tragen.

Versucht man ein derartiges Hornlager abzuheben, so findet man an seiner unteren Fläche kolbenförmige Fortsätze der Epidermis. Man sieht nun an der von Epidermis entblössten Fläche die vergrösserten Papillen von hellrother Farbe und zwischen ihnen die den Epidermisfortsätzen entsprechenden rundlichbuchtigen Vertiefungen, aus welchen häufig eine geringe Menge dicken krümlichen Eiters hervorgepresst werden kann. Solche Papillome bestehen oft viele Wochen lang ohne sichtbare Veränderung; nach unbestimmt langer Dauer beginnen sie in den älteren Theilen der Plaques zu schrumpfen und verschwinden schliesslich mit Hinterlassung einer unregelmässig gestrickten jedoch oberflächlichen Narbe.

Alte Plaques zeigen in Folge dessen meist Ringform, indem die centralen Theile von Narben eingenommen werden und nur in der Peripherie die Papillome noch voll ausgebildet bestehen. In der Regel erstreckt sich der spontane Verlauf der Leichenwarzen auf viele Monate ja über Jahre und es können durch gegenseitige Berührung solcher ringförmig gewordener Plaques unregelmässig serpiginöse Formen von weiter Ausbreitung entstehen.

Das Fortschreiten der Leichenwarze ist dabei sehr ungleichmässig und geschieht in wiederholten Nachschüben, zwischen welchen die Warzen wochenlang unveränderte Form behalten. Man hat nur selten Gelegenheit, längere Zeit vollständig unbehandelte derartige Efflorescenzen zu sehen; in diesem Falle tragen die Papillome auffallend mächtige Lager von Epidermis und eingetrocknetem Eiter. Wurde durch den Einfluss macerirender Mittel die Bildung von Auflagerungen hintangehalten, dann bleiben die Papillome flach und die Plaques gewinnen durch miliare Abscedirungen ein siebförmig zerstochenes Aussehen.

Nicht selten heilen diese Warzengebilde spontan nach längerer Zeit, indem am Rande keine neuen Nachschübe zum Vorschein kommen, während vom Centrum her die Abheilung und Narben-

bildung bis an die Peripherie fortschreitet. Infiltration von Lymphgefässen, Schwellung der Lymphdrüsen tritt nur selten auf.

Durch die Liebenswürdigkeit unseres Freundes und Collegen Dr. Alex. Kolisko, welcher sich eine an der Interdigitalfalte zwischen Mittel- und Ringfinger sitzende Leichenwarze excidiren liess, wurden wir in die Lage gesetzt, unsere Untersuchung auch auf dieses Object ausdehnen zu können.

Das excidirte Hautstückchen trug zwei getrennt von einander entstandene und bis fast zur Berührung angewachsene Wärzchen von 3 und 6 Mm. Durchmesser. Die Veranlassung zu ihrer Entstehung gaben zwei kleine Ritze, welche beim Herausnehmen einer tuberculösen Lunge durch Anstreifen an die verkalkten Rippenknorpel zugezogen wurden. An den kleinen Ritzwunden entwickelten sich in den nächsten Tagen oberflächliche Pustelchen, welche bald vertrockneten und geröthete, leicht indurirte Basis zeigten. Nach Ablauf von circa 14 Tagen bekam die vorher glatt verheilte Stelle ein feindrusiges Aussehen, das im weiteren Verlaufe sich noch deutlicher ausprägte, und schliesslich schon mit freiem Auge feine mit dickem Hornlager versehene Papillome erkennen liess. Zwischen diesen Papillomen konnte zeitweise eine minimale Quantität Eiter entleert werden.

Die von dieser in absolutem Alkohol gehärteten Leichenwarze angefertigten Schnitte gaben ganz ähnliche Bilder, wie wir sie bei der Tuberculosis verrucosa vorgefunden und oben beschrieben haben. An der Basis der stark vergrösserten Papillen und zwar hauptsächlich nur der erwähnten zwischen den Papillen gelegenen mit concentrisch geschichteten Hornmassen erfüllten Krypten, fanden sich diffus begrenzte Knötchen von der Structur eines echten Tuberkels mit ziemlich reichlichen Riesenzellen. Das umgebende Gewebe zeigte entzündliche Infiltration, welche namentlich in den Papillen und längs der Gefässe zu constatiren war. An der grösseren Warze fand sich eine vereiternde Stelle, an deren Grunde ein verkästes zerfallendes Tuberkelknötchen lag, während die Epidermisdecke darüber im Durchbruch begriffen war.

An einigen Schnitten lag über dem Abscesse eine aus Epithelien, Eiter und einer Riesenzelle unregelmässig gebildete Decke. Die tuberculöse Infiltration reichte nicht in die tiefen Schichten



der Cutis und auch die Veränderungen an den Gefässen fanden sich nur oberflächlich. Einer der Tuberkel war fibrös degenerirt.

In den Epitheloiden und Granulationszellen dieser Knötchen fanden wir vereinzelt Tuberkelbacillen[1]). Die Riesenzellen waren frei davon.

Im Eiter zweier nicht excidirter Leichenwarzen fanden sich keine Tuberkelbacillen wohl aber zahlreiche Coccen.

Durch Platten-Culturen auf Fleischwasserpeptongelatine liessen sich Reinculturen von Staphylococcus aureus und albus gewinnen.

In den chirurgischen und dermatologischen Handbüchern finden sich nur wenige oder keine Bemerkungen über die Leichenwarze. Neumann beschreibt das Aussehen derselben in kurzen Worten und citirt Heitzmann's histologischen Befund, der eine oberflächliche Erkrankung der Papillenschichte mit starker Verhornung und Bildung von Nestern concentrisch gelagerter Epidermidalmassen fand.

Cornil und Ranvier (Manuel d'histologie pathologique II. Edit. T. II. pag. 852) schliessen den Tubercule anatomique den Tuberculosen der Haut an, beschreiben ganz ähnliche Befunde, wie wir sie constatirten ohne jedoch Riesenzellen zu erwähnen.

Sie fanden Micrococcen einzeln, zu zweien und in Ketten im Gewebe und bemerken ausdrücklich: „nous y avons vainement cherché les bacilles de la tuberculose."

Besnier ist der Ansicht Cornil's und Ranvier's und hält den Leichentuberkel für eine tuberculöse Erkrankung.

---

Die Ueberzeugung von der Infectiosität der tuberculösen Processe und ihrer Produkte war bis in die jüngste Zeit eine noch so wenig verbreitete und allgemeine, dass klinische Erfahrungen und Beobachtungen über die Art und die Wege der Infection überhaupt sehr gering an Zahl sind. Noch viel seltener sind die Beobachtungen über Infectionen vom äusseren Integument aus.

[1]) Während der Correctur der vorliegenden Arbeit erschien eine Mittheilung des Hrn. Dr. Karg: Tuberkelbacillen in einem sog. Leichentuberkel (Centralblatt für Chirurgie Nr. 32, 1885), wodurch unsere Befunde bezüglich der Leichenwarze im Wesentlichen bestätigt werden. (Siehe Bemerkungen zu Dr. Karg's Mittheilung etc. in Nr. 36 des Centlbl. f. Chirurgie.)



Die Anschauungen der alten Anatomen, Marton, Valsalva und Morgagni, die von der Uebertragbarkeit derselben so überzeugt waren, dass sie die Obductionen von Phthisikern als gefährlich bezeichneten und mieden wegen Gefahr einer allfälligen Verletzung und folgender Infection, wurden vollkommen vergessen, der Causalnexus, welchen die Zeitgenossen Laenec's fanden, zwischen einer Verletzung, die sich letzterer bei der Obduction eines Tuberculösen zugezogen hatte, und der Phthise, welcher er nach zwanzig Jahren erlag, blieb unbeachtet, bis Verneuil die Beobachtung neuerlich würdigte.

Seit Koch's classischen Untersuchungen wurde die früher mehr weniger nur von einem Theile der Anatomen vertretenen Anschauungen allgemeiner, und innerhalb der drei Jahre, die seit dem verflossen, sind auch der Widersacher, die sich besonders vom klinischen Standpunkte aus fanden, immer weniger geworden; man fahndet nun nach klinischen Beobachtungen, welche die Art und Weise der tuberculösen Infection, die proteusartige Variabilität ihres Verlaufes etc. zeigen und so den Thatsachen der experimentellen Pathologie als Folie dienen sollen.

Wie oben bereits erwähnt, sind die Beobachtungen über das Eindringen des tuberculösen Virus von der äusseren Haut her sehr spärliche. Verchère[1]) gab sich in seiner These: „Des portes d'entrée de la Tuberculose" auch die Mühe, Beobachtungen über diese Art der Infection zusammenzustellen. Auf Grund derselben und aus theoretischer Ueberlegung glaubt er folgende Eingangspforten annehmen zu müssen: 1. Durch natürliche Poren, wie Drüsenausführungsgänge, und berichtet über Verneuil's Fall, einer primären Tuberculose der weiblichen Brustdrüse, bei welcher Tuberkel-Bacillen in den Milchkanälchen nachgewiesen wurden; eine Beobachtung Nepveu's der Tuberkel-Bacillen in den Talgdrüsen, einer eigenthümlichen, fast fünffrankstückgrossen, infiltrirten, livid rothen, mit zahlreichen Poren besetzten Hautpartie, am rechten Beine eines jungen, sonst gesunden Mannes fand; endlich einen von Mathieu mitgetheilten Fall von einer älteren Frau, die an einem zur Ulceration führenden Entzündungsprocess an beiden Beinen litt, mit beträchtlicher Infiltration und papillärer Hyper-

[1]) Des portes d'entrée de la tuberculose. Thèse par F. Verchère. Paris 1884. A. Parent imprimeur de la faculté de médecine.



trophie der Haut, nach einiger Zeit an Miliar-Tuberculose verstarb, und in dem sich bei der mikroskopischen Untersuchung Entwicklung vom Granulationsgewebe um die Hautdrüsen, in den Lymphgefässen und Auftreten miliarer Tuberkel in der Basis und den Rändern der Geschwüre fand (Mathieu, Soc. anat. 1883, p. 175). 2. Durch Inoculation von einer verletzten Hautstelle aus oder directe Einimpfung, als welche die kleinen Verletzungen, Stiche der Anatomen etc. zu betrachten sind. Er führt zwei derartige Fälle, Mediciner betreffend, an, die, wenn auch der Zusammenhang zwischen der ursprünglichen Affection und späteren allgemeinen Erscheinungen kein vollständig offenkundiger ist, doch in Kürze hier erwähnt sein sollen. Beobachtung von Verneuil: Ein Hospitant der Klinik Cadet de Gassicourt, acquirirte im Jahre 1877 nach einem Stiche bei einer Obduction eine kleine Pustel am Nagelfalze des rechten Ringfingers, dieselbe heilte nicht, es entwickelten sich in der Umgebung neue Efflorescenzen mit papillärer Wucherung der Haut und nach drei Jahren bot sich, nachdem sich das Aussehen der Affection durch die verschiedensten therapeutischen Massnahmen völlig geändert hatte, ein scrophulöses Geschwür; es wurde eine Amputation in der Continuität der zweiten Phalanx, zugleich mit Spaltung eines tuberculösen Abscesses am Handrücken vorgenommen; langwierige Heilung. Keine Drüsenschwellungen, der Mann ging in die Provinz, seine Praxis auszuüben; im Verlaufe der nächsten drei Jahre kalte Abscesse in der Lendengegend, die heilten; im Beginne 1883, angeblich nach einem Trauma, stiess sich der erhaltene Theil der Phalanx als Sequester ab; Ende 1883 bot Patient Erscheinungen einer Spinalmeningitis durch Knochenabscesse, erstere gingen zurück, doch eiterten die Abscesse noch fort (1884). Nie fanden sich Veränderungen oder Störungen von Seite der inneren Organe. Eigene Beobachtung: Student der Medicin, 30 Jahre alt, mager. Vater tuberculös. Er kam auf die Klinik Besnier's mit einem Leichentuberkel von der Grösse eines 2 Frankstückes, an der Interdigitalfalte zwischen Daumen und Zeigefinger, er hatte sich gestochen und davon ein kleines Geschwür, das sich nach einer neuerlichen Verletzung bei der Section einer, wie er bestimmt angab, tuberculösen Leiche sichtlich vergrösserte; bei der Untersuchung bieten die nicht behandelten Theile vollkommen das Aus-

sehen eines Leichentuberkels. Letzterer wurde galvanocaustisch entfernt; seit dem Auftreten desselben war das Allgemeinbefinden des Patienten verändert, und die beiden Untersucher bezeichnen ihn mit Rücksicht auf sein Aussehen und seine Angaben als phthisisch. Nähere klinische Mittheilungen fehlen.

Als Pendant zu letzterem Falle, der wohl auch eine andere Auffassung zulässt, wollen wir erwähnen, dass einer von uns, als älterer Mediciner, einen Leichendiener gekannt, dessen rechte Hand an der Dorsalfläche überdeckt war mit zahlreichen, meist confluirenden Leichenwarzen; ein Halbjahr, nachdem dieselben angeblich durch ein Geheimmittel geheilt waren, bot der sonst kräftige, aber dem Trunke ergebene Mann Zeichen der Tuberculose und erlag derselben.

Auch Cornil und Ranvier bringen das häufige Vorkommen der Phthise bei den Anatomiedienern mit der Entstehung von Leichenwarzen in Zusammenhang.[3])

Demme[1]) sah bei einem 7 Wochen alten Mädchen eine tuberculöse Peritonitis in Folge eines tuberculösen Geschwüres am Nabel, die Mutter bot Zeichen chronischer Lungentuberculose.

Einen ausgezeichneten Fall von Uebertragung des Tuberkelgiftes veröffentlicht E. A. Tscherning[2]) im Februar dieses Jahres, eine Dienstmagd betreffend, die sich mit Scherben der zerbrochenen Spuckschale ihres tuberculösen Herrn verletzte, unter den Erscheinungen eines Panaritium eine subcutane Granulationsgeschwulst und nach deren Exstirpation (ein Monat nach der Verletzung) Tuberculose der Sehnenscheide, der cubitalen und axillaren Lymphdrüsen acquirirte; in dem Granulationsgewebe der Sehnenscheide und in den erkrankten Lymphdrüsen wurden Tuberkel-Bacillen nachgewiesen. Vollkommene Heilung nach der Exstirpation.

Endlich wären zu erwähnen die Nachweise von Tuberkel-Bacillen in den Produkten eczematöser und impetiginöser Hautausschläge und die auf Thiere gemachten Impfungen mit derartigen Massen; so theilt Verchère[4]) einen Versuch Leloir's

---

[1]) 21. Jahresbericht des Berner Kinderspitales 1884, cit. nach Wien. Med. Wochschr. 1885, Nr. 14.

[2]) Friedländer, Fortschritte d. Med. 3 Bd. 3. Heft.

[3]) l. c.

[4]) l. c.



mit, der mit Krusten eines solchen Hautausschlages versetztes destillirtes Wasser Meerschweinchen in die Bauchhöhle und das subcutane Gewebe in inquine injicirte. Die in die Bauchhöhle injicirten Thiere starben kurz darnach oder blieben gesund; an den drei subcutan Geimpften entwickelten sich käsige Knoten, bei einem auch Schwellung der Mesenterialdrüsen und einzelne gelbe Knötchen in der Milz, deren Uebertragung in die Bauchhöhle zweier anderer Thiere generalisirte Miliar-Tuberculose zur Folge hatte. (Hier Bacillen nachgewiesen, das Impfmaterial nicht untersucht.)

Demme[1]) gelang der Nachweis von Tuberkel-Bacillen bei einem über die Leistengegenden verbreiteten Eczem eines dreijährigen Knaben und leitet davon eine nachfolgende tuberculöse Erkrankung des linken Hüftgelenkes ab. Während jedoch die Untersuchungen zuerst negativ waren, wurden Bacillen gefunden, nachdem der Kleine mit einem an Phthise leidenden 7jährigen Mädchen zusammenlebte, schlief etc. Es wäre übrigens wohl nicht unmöglich, dass es sich in beiden Fällen um zufällige Verunreinigungen handelte, oder dass sich die Bacillen in dem durch oberflächliche Vertrocknung feucht erhaltenen albuminreichen Secrete vermehrten, wie dies auch in unserem Falle des oben erwähnten Fundes reichlicher Bacillenhäufchen in zwischen Hornlamellen eingetrockneten Eitermassen nicht unwahrscheinlich ist.

Die Cutis selbst und ihre dichten Faserlager scheinen keinen für die Entwicklung tuberculöser Processe besonders günstigen Nährboden zu bieten; die Mehrzahl der in demselben sich etablirenden derartigen Processe (Lupus, Scrophuloderma) zeichnen sich durch die Chronicität des Verlaufes und die geringe Tendenz zur Weiterverbreitung aus; dagegen scheinen Inoculationen in das subcutane Gewebe die Weiterverbreitung der Tuberculose eher zu begünstigen, wie im Falle Tschernig's; hieher dürften auch Volkmann's furunculöse Form der Zellgewebs-Tuberculose und die Gommes tuberculeuses, über deren Entstehung wir zwar noch nichts Genaueres wissen, zu zählen sein; diese Formen bilden käsige Abscesse mit fungösen Granulationen im subcutanen Gewebe und führen nicht selten zur Erkrankung der Lymphdrüsen,

[1]) l. c.



oder wenigstens zur regionären Verbreitung des Processes. Sie entsprechen den ersten Stadien der Impftuberculose, wie sie am Thiere erzeugt wird, bei denen fast nie eine Erkrankung der Haut selbst, Knotenbildung oder dergleichen in derselben beobachtet wird, dagegen im Subcutangewebe regelmässig entsteht.

Nebstbei scheint auch die Disposition der Individuen neben einer gewissen Immunität des Gewebes (wie es jedoch bei der Haut der Fall zu sein scheint) eine mächtige Rolle zu spielen.

Diese Verhältnisse lassen uns eine Erklärung vermuthen, warum wir so selten und dann meist nur locale primär tuberculöse Erkrankungen in der Cutis selbst sehen. Auch bei unserer Erkrankung, die gewiss als durch directe Inoculation mit Tuberkelgift entstanden aufzufassen ist, beobachteten wir niemals weiter reichende oder allgemeine Infection. Sämmtliche Erkrankte waren gesunde, kräftige Leute.

Was die Art der Infection anbelangt, so ist aus dem anatomischen Befunde sowohl, als auch aus dem Verlaufe mit der grössten Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass kleine Traumen, der Epidermis entblösste Stellen, die mit dem infectiösen Material verunreinigt wurden, kleine Verletzungen, wie Stiche mit inficirten Instrumenten etc., die nächste Ursache waren.

Für die Vermuthung einer spontanen Infection am Wege der Drüsen, wie sie durch die oben erwähnten Fälle französischer Autoren wahrscheinlich gemacht worden ist, lag auch nicht in einem der untersuchten Fälle ein stützendes Moment vor. Wie oben erwähnt, liess sich bei der mikroskopischen Untersuchung nie ein Connex zwischen den pathologischen Veränderungen und den Drüsen finden; diese erschienen immer secundär verändert, weil sie eben im erkrankten Gebiete lagen. Auch glauben wir die Befunde von Bacillen in den Borken als secundär betrachten zu müssen, als mit der Entwicklung des Processes in keinem Zusammenhange stehend, besonders da sich dieselben über bereits hochgradig veränderten, dem Blüthestadium des Processes entsprechenden Partien fanden.

Die Möglichkeit der Infection ist bei der weiten Verbreitung der tuberculösen Erkrankungen beim Menschen und Thiere, der häufigen Unsauberkeit der mit der Schlachtung oder Wartung von Thieren betheiligten Personen, ihrer Unkenntniss und Eigen-



nutz etc. nicht in Zweifel zu ziehen. Noch grösser ist die Gelegenheit zur Aufnahme von tuberculösem Impfmaterial bei Sectionsdienern, Anatomen etc. und erklärt uns genügend die Entstehung der Leichenwarzen.

Wir halten demnach bestimmt dafür, dass unsere als Tuberculosis verrucosa cutis bezeichnete Affection, sowie die gewiss viel häufigeren, in vieler Beziehung ähnlichen Leichenwarzen, Formen von wahrer Impftuberculose der Haut vorstellen. Die eigenthümlichen klinischen Erscheinungen und Structurverhältnisse gegenüber den anderen bekannten Formen der Hauttuberculose dürften wohl in den vom Anbeginne neben dem tuberculösen Processe einherlaufenden, durch Cocceninvasion hervorgerufenen entzündlichen Erscheinungen begründet sein.

## Erklärung der Abbildungen (Taf. III u. IV).

**Fig. 1.**

Senkrechter Schnitt durch eine Stelle im Stadium floritionis.
Epidermis und eingetrocknetes Secret in einer kryptenförmigen Vertiefung.
*T* Tuberkelknötchen mit Riesenzellen *R* bei *T*, mit centraler Verkäsung. Einfach entzündliche Infiltration. Injicirte Blutgefässe. Schweissdrüsenknäuel. — Hartnack Obj. 3. Ocul. 2.

**Fig. 2.*)**

Partie aus einem in Entzündung begriffenen Tuberkelknötchen.
Zerfallende Riesenzelle mit zahlreichen Kernen und einigen Vacuolen. Epitheloide Zellen. Leucocythen. Mikrococcen. — Reichert Oelimmers. 15. Oc. 1.

**Fig. 3.**

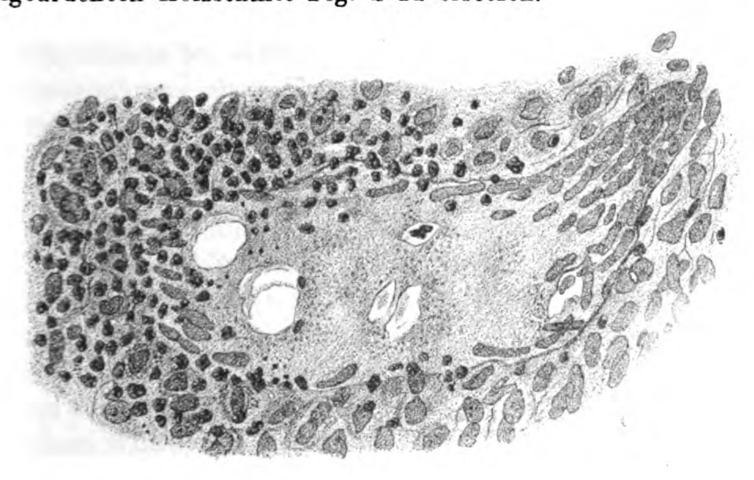
Eingetrocknetes Secret mit verkästen Massen (*v*) und einer Riesenzelle zwischen (*H*) Hornlamellen aus einer Krypte.
Tuberkel-Bacillen (roth). — Reichert Oelimmersion 15. Ocul. 3.

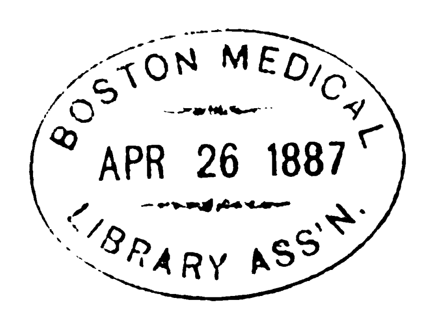
**Fig. 4.**

Schnitt durch einen jungen Leichentuberkel.
*Z* Vergröss. interpapilläre Zapfen. Tuberculöses Infiltrat mit Riesenzellen *R*. *G* Entzündliche Infiltration am Blutgefässe. — Hartnack Object. 4. Ocul. 2.

---

*) Die auf **Taf. IV** befindliche **Fig. 2** ist irrthümlich daselbst zum Abdruck gelangt, und der Leser wird gebeten, dieselbe durch den hier dem Text beigedruckten Holzschnitt Fig. 2 zu ersetzen.





# Ein Fall von Ringelhaaren.

Von

**Dr. Edmund Lesser,**

Privatdocent in Leipzig.

Hiezu Tafel V.

Die Beschreibung des Krankheitsfalles, dessen Abbildungen auf der beifolgenden Tafel enthalten sind, ist bereits im vorigen Jahrgang der Vierteljahresschrift pag. 655 abgedruckt worden. An dieser Stelle will ich ausser der Erklärung der Abbildungen nur noch hinzufügen, dass das Kind, welches die in Rede stehende seltene Anomalie der Haare darbot, im October 1885 an Diphtheritis gestorben ist. Da ich erst 14 Tage nach dem Tode hievon Kenntniss erhielt, ist die Möglichkeit einer anatomischen Untersuchung dieses Falles leider verloren gegangen.

(Berichtigung. Pag. 656 des vorigen Jahrganges Zeile 15 von unten ist 0,6 statt 0,06 zu lesen.)

## Erklärung der Abbildungen.

Fig. 1. Ansicht des Kopfes der Anna Riedrich.

Fig. 2 und 3. Ringelhaare bei durchfallendem Licht. — Vergr. 40.

Fig. 4. Ringelhaare bei auffallendem Licht. — Vergr. circa 30.

Fig. 5. Einschnürung eines Ringelhaares; rechts Verdickung und Schrägstreifung der Cuticula sichtbar, links in der Mitte beginnender Querbruch der Cuticula. — Vergr. 300.

Fig. 6. Trichorrhexis nodosa an einem Ringelhaare; Verdickung der Cuticula oberhalb der Auffaserungsstelle, nach der Anschwellung des Haares zu allmählich abnehmend. — Vergr. 150.

Fig. 7. Trichorrhexis nodosa an einem Ringelhaare; entständige Auffaserung. — Vergr. 300.

Die Abbildungen sind sämmtlich auf photographischem Wege, ohne jede Retouchirung, hergestellt. Nur bei Fig. 1 hat der Photograph (gegen meinen Willen) den Kopfhalter links neben dem Halse wegretouchirt; doch ist hierdurch nichts Wesentliches an dem Bilde geändert.





# Das Jodoform-Lapisätzmittel in der Hauttherapie.

Von

**Dr. Cäsar Boeck**

in Christiania.

---

Ich werde mir erlauben, in wenigen Zeilen die Aufmerksamkeit der Fachgenossen auf ein Aetzmittel zu lenken, das, sofern ich erfahren konnte, noch nicht allgemein bekannt ist. Es besteht dies in dem Zusammenbringen von Jodoform und einem in Wasser getauchten Höllenstein, wobei unter Aufbrausen eine chemische Umsetzung stattfindet. Ich bezeichne für gewöhnlich dieses Aetzmittel als „das Malthe'sche", da Dr. A. Malthe in Christiania, soviel ich weiss, in einem kurzen Artikel im „Norsk Magazin for Laegevidenskaben" für das Jahr 1884 als der erste auf dasselbe aufmerksam gemacht hat. Dr. Malthe hat das Mittel in seiner chirurgischen Praxis angewendet und ganz besonders bei Fisteln mit schlechten Granulationen vorzügliche Wirkung von demselben gehabt. Mündlich hat er mir noch mitgetheilt, dass er es auch bei Lupus mit Erfolg in Anwendung gezogen. An der angeführten Stelle hat er auch angegeben, wie die chemische Umsetzung wahrscheinlich vorgeht, und welche Produkte sich dabei bilden, die auf die Gewebe somit in statu nascenti einwirken können.

Seit dem Erscheinen des, wie gesagt, ganz kurzen Artikels Malthe's habe ich das Mittel bei verschiedenen Hautaffectionen zu verwerthen versucht, und obschon ich nach den Erfahrungen, die ich damit gemacht habe, nicht eben glaube, dass das Mittel auf eine sehr grosse Verwendbarkeit in der Hauttherapie Anspruch machen kann, so fordern die Erfolge, die ich damit ab und zu erzielt habe, gewiss zu weiteren Versuchen auf.

Ich werde hier ganz kurz einen Fall von Ulcus rodens der Nase mittheilen, der damit geheilt wurde.



A. K., verheiratete Frau, 37 Jahre alt, stellte sich mir am 23. Juni 1885 vor. Ein Theil der Nasenspitze mit dem untersten Theil des Septums ist zerstört und verloren gegangen; auf der Nasenspitze hat der Process sich oberflächlich weiter nach aufwärts verbreitet und eine rothe, wunde Fläche zu Stande gebracht, so dass der noch übrig gebliebene Theil der Nasenspitze sich wie abgeschält präsentirt. Auch die Ränder der Nasenflügel sind theilweise zerstört, und der Process hat sich noch an der Innenseite der Nasenflügel etwas aufwärts verbreitet. Abwärts vom Septum nasi ist auch die Haut der Oberlippe in einer Ausdehnung von etwa $1^1/_2$ □Ctm. in ähnlicher Weise oberflächlich zerstört. Die ganze Affection bildet eine einzige, continuirliche wunde Fläche, ohne kleinere Herde in der Nachbarschaft. Die wunden Flächen sind zum Theil mit braunen Borken bedeckt. — Pat. berichtet, dass die Affection ursprünglich vom vorderen Winkel des einen Nasenloches ausgegangen und seitdem sehr langsam, durch etwa 13 Jahre, weiter geschritten ist, bis sie ihre jetzige Verbreitung erreicht hat.

Behandlung. Es wurde vorläufig nur ein Ungv. vaselini plumb., um die Borken zu entfernen, angebracht. Am folgenden Tage, den 24. Juni wurden die ulcerirten Flächen dick mit Jodoform bestreut und mit einem in Wasser getauchten Höllenstein leise touchirt. Als die Wirkung dieser Aetzung jedoch nicht intensiv genug gerieth, wurde sie am 27. in der Weise wiederholt, dass die Wunde zuerst mit einer Jodoformpasta (Rp. Jodoformii 1,00, Boli albi 3,00, Glycerini, Aquae āā 1,50, M. f. pasta) bedeckt und dann mit dem Höllenstein touchirt wurde; die hierdurch gebildete, weissgelbe breiartige Masse wurde unberührt liegen gelassen, nur mit etwas Watte bedeckt. Auch die folgenden zwei Tage wurden die Ränder theilweise wiederholt geätzt und am 1. Juli einfache, mit Gummipapier bedeckte Umschläge von Höllensteinwasser (1 : 500) applicirt. — 7. Juli. Die Heilung hat schon seit mehreren Tagen rasche Fortschritte gemacht; die Kr. fährt mit den Umschlägen fort. — 21. Juli. Da die Heilung in der letzten Woche nur sehr unbedeutend vorwärts geschritten ist, wird heute eine neue Aetzung, von der übrigens jetzt nur ganz kleinen Partie, die noch offen ist, vorgenommen. 26. Juli. Noch ein kleiner nicht zugeheilter Rest sowohl an der Nasenspitze, wie

an der Oberlippe. Aetzung zuerst mit Lapis, dann unmittelbar nachher die Application von der Jodoformpasta. 27. Juli. Die Aetzwirkung von gestern kräftig. Wiederholung der Lapisumschläge. Am 3. August konnte die Pat. als geheilt in ihre Heimat abreisen. Die Narbe war sehr glatt und schön und das ganze Aussehen ein viel besseres, als man erwartet hätte.

In den meisten Fällen von Ulcus rodens wird wohl das gründliche Ausschaben mit dem scharfen Löffel oder bei sehr grosser Verbreitung der Krankheit, die Excision ein noch sichereres und schneller zu erreichendes Resultat geben. Aber eben in diesem Falle, wo die Nasenspitze, wie oben beschrieben, schon früher durch den Krankheitsprocess wie abgeschält war, wäre eine instrumentelle Behandlung kaum ganz praktisch gewesen. Was die Dauer der Behandlung betrifft, so wäre sie gewiss in diesem Falle etwas kürzer gewesen, wenn ich nicht solange zwischen den ersten und den zwei letzten Aetzungen gezögert hätte. Wie aus dieser Darstellung ersichtlich ist, wurde das Mittel in dreifacher Weise applicirt; in den meisten Fällen aber wird gewiss die vorherige Application der Jodoformpasta sich als die praktischeste bewähren.

Von anderen Hautaffectionen habe ich weiter die Jodoform-Lapisätzung in ein paar Fällen von Lupus erythematodes angewendet und namentlich in einem sehr hartnäckigen Falle im Gesichte, welcher trotz der Anwendung sehr energischer und tiefgreifender Mittel immer recidivirte. Das Resultat der Behandlung mit diesem Mittel war hier im Ganzen ein sehr gutes, obschon die Krankheit an einigen kleineren Stellen auch jetzt recidivirte und erst durch die Veiel'sche Behandlung mit Scarification und nachheriger Application von Chlorzink (20 %) heilte. In einem anderen ebenfalls tiefgreifenden Falle von Lupus erythematodes, wo das Mittel vorübergehend versucht wurde, wurde zwar bedeutende Besserung, aber nicht Heilung erreicht, und die wiederholte Anwendung einer 10% Pyrogallussalbe gab hier ein besseres Resultat. Obschon ich zwar nach diesen Versuchen der Meinung bin, dass die meisten Fälle von Lupus erythematodes besser mit anderen Mitteln als mit dem hier mitgetheilten behandelt werden, dürfte es jedoch auch bei dieser Krankheit ab und zu in schlimmen Fällen, wie in dem oben erwähnten, Anwendung finden. Es ist jedoch immer bei der Application dieses Mittels zu erinnern, dass



die Stellen, die geätzt werden sollen, voraus excoriirt oder ulcerirend sein müssen. Bei Lupus erythematodes kann man ja dies z. B. bei einmaliger Application von Pyrogallusäther mit nachherigem Auftragen von Traumaticin, wie es Besnier empfohlen hat, bequem erzielen. Weiter ist zu bemerken, dass man gewöhnlich nichts mit einer einzigen Application ausrichtet, sondern dass man in der Regel mehrere, etwa 4—5 Tage nacheinander die Aetzung an denselben Stellen wiederholen muss.

Auch in mehreren Fällen von Lupus vulgaris habe ich diese Aetzung versucht und zwar mit Erfolg. Besonders dürfte das Mittel jedoch bei Lupus an den Extremitäten geeignet sein, da es doch schwierig ist zu berechnen, wie tief es greift, und man mitunter etwas knotige Narben damit hervorbringen kann. Wenn man jedoch ohne so etwas zu befürchten, das Mittel auch im Gesichte versuchen möchte, kann es in der Weise gemacht werden, dass man zuerst die kranken Stellen mit Lapis ätzt und unmittelbar nachher Jodoformcollodium (1 : 10) aufträgt. Nur ist dieser Applicationsmodus, der besonders für diejenigen Fälle passt, wo keine Ulcerationen vorhanden sind, sondern wo bei erhaltener Epidermis immer neue kleine Knötchen auftauchen, natürlich weniger wirksam.

Auch wo eine Aetzung eines weichen Schankers nöthig wäre, was jedoch bei der jetzigen Behandlung dieser Affection verhältnissmässig selten der Fall ist, wird dieses Aetzmittel besonders geeignet sein.

Als ein Uebelstand des Mittels, ausser dem schon berührten, muss erwähnt werden, dass es ziemlich stark schmerzt, und dass der Schmerz in der Regel mehrere Stunden die Application überdauert. Da es noch dabei, um eine kräftige Wirkung hervorzubringen nöthig ist, die Aetzung mehrere Tage nach einander zu wiederholen, kann selbstverständlich das Mittel nur bei solchen Patienten angewendet werden, die sich gut halten können und wollen.

Wie man sieht, habe ich in der obigen kurzen Darstellung die Jodoform-Lapisätzung nicht sehr warm für dermatologische Zwecke empfohlen; aber, wie schon gesagt, wird man vielleicht doch ab und zu zufrieden sein, wenn man sich dessen bedient. Immerhin ist es ja auch möglich, dass das Mittel bei einer etwas verbesserten Technik mehr verwendbar wird.

---



# Untersuchungen über die Physiologie und Pathologie des Hautpigmentes.

Von

**Dr. S. Ehrmann,**

Assistent an Prof. I. Neumann's Klinik in Wien.

(Schluss aus dem III. und IV. (Doppel-) Hefte 1885 mit den Tafeln XXII bis XXV.)

Gaule fährt weiter fort: „So weit würde Alles damit übereinstimmen, dieses Netz (sc. im Chorion.) dem Bindegewebe zuzurechnen und ihm eine wesentlich mechanische Bedeutung zuzusprechen. Nur der scharfe Contour und die Farbbarkeit, mit den die Nerven bevorzugenden Stoffen, welche die Fäden zeigen, auch deren Gleichmässigkeit weist darauf hin, dass dieselbe etwas besonderes sind. In dieses Netz nun gehen die Nerven über, wie in Figur 5 dargestellt ist. Einzelne Fasern sogar noch markhaltige, erheben sich etwas aus dem Fundamentalplexus, überschreiten den kleinen Zwischenraum[1]), welche diesen von dem Zellennetz trennt, und treten in dieses ein. Mitunter geht eine breite Faser mit einem in ihrem Inneren sich markirenden Axencylinder in einen ebensobreiten ihr entgegenkommenden Zellenfortsatz über, und man verfolgt den Axencylinder bis in die Nähe des Kerns, wo er sich krümmt und dem Auge entschwindet. Weit öfter aber ist die Verbindung durch feine Fasern, in welche die Nerven bereits im Fundamentalplexus sich aufspalten oder vielmehr ein ganz allmählicher Uebergang, indem die Zellen des Fundamentalplexus Ausläufer bekommen, die mit dem Zellennetz in Verbindung treten und so eine allmähliche Auflösung der Fasern des Fundamentalplexus in die feinen Fäden des Zellennetzes bewirken. Man

[1]) Den Grundstock der Cutisanlage. — Anm. des Vf.



kann sich diese Verbindung der Nerven mit dem Zellennetz, das ja unzweifelhaft seiner Lage, seinem Habitus und seinen sonstigen Verbindungen nach den Charakter des Bindegewebes trägt, auf zweierlei Weise zurechtlegen. Erstens kann man an die Hornhautzellen denken, in welche die Nerven ganz ähnlich eintreten, wie in dem erstbeschriebenen Modus. In diesem Falle würde man annehmen, dass dieses Zellennetz wirklich in den Verlauf der Nerven eingeschaltet sei, und das Protoplasma der Zellen die Fortleitung der nervösen Erregung zu besorgen habe. Zweitens aber könnte dieses Zellennetz auch der Nervenausbreitung nur als Stütze dienen, wie wir ja auch in den Centralorganen, in der Retina und an anderen Orten das Bindegewebe ein den Nerven aufs engste sich anschliessendes Gerüst bilden sehen. Die Nervenfäden werden mit den Ausläufern der Bindegewebszellen verlaufen, vielleicht in Rinnen derselben, und ihre Continuität nicht unterbrochen sein. Für diese Auffassung sprechen zwei Umstände, nämlich: Erstens das besondere scharf contourirte Aussehen und die lebhafte Färbung der Fäden des Zellennetzes, welche einfachen protoplasmatischen Ausläufern nicht zukommen, und zweitens die Uebergangsformen, welche man zwischen den Zellen des Zellennetzes und denen des Fundamentalplexus trifft. Denn die Letzteren machen den Eindruck von Zellen, die der Nervenscheide angehören und die in dem Masse als die Nerven sich feiner spalten, grösser werden. Es würden also die Zellen des Zellnetzes der Scheide des Fundamentalplexus entsprechen. In wie innige Berührung dabei die Nerven zu ihrem Protoplasma kommen, wie sie in oder zu den Ausläufern liegen, das vermag ich nicht zu entscheiden. Diese Beziehungen der Nervenausbreitung zu dem Stützgerüst sind ja an den beststudirten Organen noch nicht klar, und lassen sich an den noch nicht fertig ausgebildeten Geweben des Froschlarvenschwanzes um so weniger feststellen."

Nachdem Gaule die Uebereinstimmung seiner Befunde mit denen von Ebert und Hensen constatirt und die scheinbaren Widersprüche zwischen beiden aufgeklärt hat, schreibt er weiter: „Vollständig ist ebensowenig meine Darstellung, sie geht soweit als uns die jetzigen Methoden Sicherheit bieten, ich hoffe, man wird sie in nicht allzuferner Zeit verbessern können. Klar ist mir vor allem nicht, ob alle Nerven in die intracellulären Gebilde übergehen.

Ebensowenig weiss ich, ob sie in denselben wirklich enden, und nicht vielleicht nur hindurchgehen. Und was die Hauptsache ist, die Erkenntniss der Bedeutung der intracellulären Gebilde scheint mir noch keineswegs gefördert. Denn trotzdem ihr Zusammenhang mit Nerven feststeht, glaube ich nicht, dass man, wie Pfitzner gethan hat, sie schlechtweg als Nervenenden ansehen kann. Es spricht ja vieles für die Hensen'sche Annahme, nach der die Nerven an der Peripherie in Zellen des Hornblattes enden sollen, und es bilden ja auch die uns vorliegenden Endigungen einen Beleg für die Richtigkeit derselben, aber doch nur ebenso, wie es die Sinnesepithelien sind. Denn gerade, wenn man mit Hensen annimmt, dass die Nerven überall in den Epithelien der Haut enden, kann es nicht auf die Art sein, wie sie es in dem Froschlarvenschwanze thun. Denn diese Gebilde sind räumlich und zeitlich ja in ihrer Verbreitung so eng begrenzt wie möglich. Räumlich, denn sie sind auf den Schwanz beschränkt, sie finden sich nur ganz selten am Körper, zeitlich, denn sie verschwinden mit dem Abfallen des Schwanzes, ja schon früher. Man kann sich nicht mit der Annahme helfen, dass sie nur in einem gewissen Embryonalstadium der Zellen sichtbar seien, denn sie fehlen ja in den übrigen Epithelien der gleichen Larven, noch damit, dass unsere Methoden ungenügend seien, um sie überall zu entdecken, denn die Gebilde sind ja leicht und mit verschiedenen und einfachen Methoden sichtbar. Der allgemeine, nicht durch eine besondere Function complicirte Typus der Nervenendigung, wie wir ihn in den Epithelien der Epidermis erwarten, kann daher nicht ein solch grobes Gebilde sein, es würde sonst unserer Aufmerksamkeit nicht entgehen. Eher wird man annehmen dürfen, dass es sich hier um ein besonderes Sinnesepithel handle. Der Reichthum an Nerven, die zu denselben hingehen, die complicirte, gewissermassen sorgfältige Anordnung derselben deuten darauf hin."

Es freut mich hier, die Voraussetzung Gaule's bestätigen und den letzten Beitrag zur Aufklärung dieser Gebilde liefern zu können, zunächst aber obliegt mir nachzuweisen, dass Gaule dieselben Gebilde vor sich gehabt hat, am Froschlarvenschwanze wie ich am erwachsenen Frosch und Salamander. Gaule beschreibt zunächst einen Ranvier'schen Fundamentalplexus im Chorion, diesen habe ich auch gesehen, er liegt beim erwachsenen Frosche



und Salamander in der oberen Lage der gegitterten Schicht, darüber fand Gaule sein Zellennetz „secundärer Plexus“, welches er ganz richtig als ein nicht nervöses dem Bindegewebe angehöriges deutet, in welches Nervenfasern eintreten, und nach seiner Anschauung nur als Stützsubstanz für die Nerven dient, da er sich nicht entschliessen kann, einem solchen Netze Nervenleitung zuzuschreiben.

Ich habe bereits im Jahre 1881 l. c., zwei Jahre vor Canini und Gaule den Uebergang von Nervenfasern in das subepitheliale über dem Fundamentalplexus liegende Bindegewebszellennetz, welches dem „secundären Plexus“ Gaule's vollständig entspricht, beschrieben, welche Thatsache ja schon a priori zu erwarten war, weil eben dieses Zellennetz durch seine activen Bewegungen den vom Nervensystem abhängigen Vorgang des Farbenwechsels bedingt. Ich fand ferner, dass aus diesem Bindegewebszellennetze Fäden durch die Basalmembran in die Basalzellen der Epidermis eindringen. Die Analogie zwischen Gaule's Befunden und den meinigen, ist eine vollständige, bis auf einen Punkt, welcher, wie ich mich überzeugte, auf die Verschiedenheit der Präparationsmethoden zurückzuführen ist. Gaule beschreibt nämlich in Uebereinstimmung mit Canini, dass dessen Fasern, nachdem sie durch die Basalmembran getreten sind, unter derselben sich gabelig auffasern, und die einzelnen Fasern in den secundären Plexus übergehen. Gaule und Canini hatten die Präparate nach Pfitzner's Angabe mit Gold und Chromsäure behandelt. Nun überzeugte ich mich aber auch am erwachsenen Thiere, dass durch Chromsäure das subepitheliale Netz der pigmentirten Bindegewebszellen macerirt wird, und an demselben nur ein Fasernetz zurückbleibt, aus welchem sogar das Pigment herausgewaschen werden kann, daher rührt höchst wahrscheinlich die gabelige Auffaserung der pyramidenförmigen Ursprünge der ins Epithel eindringenden Zellenfortsätze. Gaule hatte daher vollkommen Recht an der nervösen Beschaffenheit der in die Basalzellen dringenden Fasern zu zweifeln.

Es gelingt auch nicht in dem Zellennetze oder in den zu der Epidermis aufsteigenden Fortsätzen desselben irgend etwas darzustellen, was einem Axencylinder auch nur im entferntesten gliche.

Das Dilemma, in welches Gaule geräth, löst sich auf



folgende Weise: das subepitheliale Zellennetz, welches er „secundärer Plexus“ nennt, hat weder Leitungsfähigkeit, noch ist es eine Stützsubstanz für Nervenfasern, sondern es ist ein motorisches Organ, in welchem Nervenfasern endigen und die aus dem Netze ins Epithel emporsteigenden Fortsätze, sind auch keine Nervenendigungen, sondern nur Ausläufer dieses motorischen Organes, welche die Pigmentübertragung aus dem Netze ins Epithel besorgen. Nach dem Vorausgesandten ist es klar, dass die Lehre von der intracellulären Nervenendigung im Epithel einer gründlichen Revision bedarf. In neuerer Zeit leugnet Mitrofanow dieselben ganz. (Du Bois Raymond's Arch. 1885.)

Die Sache stellt sich ganz einfach: In das subepitheliale Netz der Pigmentzellen, welches notorisch beim Farbenwechsel activ unter dem Einflusse des Nervensystems Fortsätze ausstreckt und einzieht, gehen Nervenfasern über, von demselben Netz strecken sich activ Zellenfortsätze gegen die Epidermis, treten mit den ebenfalls activ beweglichen Zellen der Epidermis in Zusammenhang und ein Theil der ausgestreckten Fortsätze wird an der Zellensubstanz der Basalzellen aufgenommen, in welcher sich die Enden derselben bei erwachsenen Thieren als kolbenförmige und knopfförmige Figuren abzeichnen. In der embryonalen Haut, in welcher voraussichtlich die activen motorischen Vorgänge lebhafter sind, sind auch die intracellulären Figuren viel complicirter, wie sie von Leydig, Ebert, Canini und Gaule, zuletzt von Mitrofanow beschrieben wurden.

Wenn die Wege, auf denen das Pigment aus dem Chorion in die Epidermis übergeht, auf die Weise dargestellt sind, wird man es auch begreiflich finden, wie die Bilder von der ersten Stufe der Pigmentinfiltration zu Stande kommen. Die mit activer Beweglichkeit versehenen subepidermidalen Pigmentzellen, treten mit den ebenfalls activ beweglichen fingerförmigen Fortsätzen der Basalzellen in Verbindung. Auf den so entstandenen Brücken, tritt das Pigment in die Basalzelle über und ein Theil des Fortsatzes der Bindegewebszelle, wird vom Zellenleibe der Basalzelle aufgenommen. Der Zellenkörper der Bindegewebszelle bleibt jedoch unter der Basalmembran zurück, auf diese Weise erklärt es sich, dass, wenn das Pigment eben in die Epidermis übertreten ist, pigmentlose Bindegewebszellen an derselben Stelle im Chorion sich vor-



finden. Diese Art des Pigmentübertrittes erklärt es auch, warum man nie Pigment ausserhalb des Protoplasmas findet. Nachdem das Pigment aus dem Chorion in die Basalzelle gelangt ist, tritt es in die höher liegenden Zellen und zwar wandert es hier von Zelle zur Zelle, denn wir finden in der ersten Stufe der Pigmentinfiltration die Oberhaut in ihrer ganzen Dicke von Pigment durchsetzt. Es ist mir ausserdem gelungen, namentlich bei Salamandra maculata von Präparaten, die kurze Zeit 2—3 Tage in chromsaurem Kali gelegen hatten und mit Fuchsin gefärbt waren, dicke pigmentführende Brücken von Zelle zu Zelle darzustellen.

In der zweiten Stufe der Pigmentinfiltration ist das basale Stratum der Epidermiszellen von allem Pigment entblösst und dasselbe ist nur in den darüberliegenden Schichten zu finden. An unserer Zeichnung (Tafel XXII, Figur 2 im vorigen Hefte dieser Vtljschr.) ist dieses Verhältniss dargestellt, jedoch ist der Pigmentreichthum dieser Schichten hier viel stärker, als es die Abbildung zeigt. In diesem Stadium tritt uns ein neues Element entgegen, es sind dies weit verzweigte Zellen, die in charakteristischer Weise einen runden oder spindelförmigen Körper haben, und ein reichverzweigtes Netz von Fortsätzen (welche in unserer Abbildung bei weitem nicht so reichlich erscheinen als sie in der Wirklichkeit sind) nur nach oben richten und durch dieselben mit den Epidermiszellen zusammen hängen. Ich werde von diesen Verhältnissen in einer nächsten Publication eine detaillirte Abbildung liefern.

Die Zellen müssen in der zweiten Stufe der Pigmentinfiltration als Vermittler für die Hinüberschaffung des Pigmentes in die obere Epidermislage gelten, denn sie treten immer und in vollkommen regelmässiger Anordnung an der Grenze zwischen den pigmentlosen unteren und den pigmentirten oberen Lagen der Epidermis auf. Wie oben erwähnt, sah ich an überlebenden Präparaten das Pigment aus den verzweigten Zellen der Epidermis in gewöhnliche Epidermiszellen übertreten und ich habe den Uebertritt direct beobachtet.

Ob man die Zellen als eingewanderte anzusehen hat oder als autochthone, in der Epidermis entstandene, muss derzeit unentschieden bleiben, für beide Annahmen lassen sich Gründe anführen: für die Letztere erstens der Grund, dass sie in gewissen Thierclassen z. B. beim Frosche nur in den mittleren Lagen der Epi-



dermis auftreten, zweitens, dass sie viel reichlicher verzweigt sind und viel feinere Fäden besitzen, als die pigmentirten Bindegewebszellen, dass ihr Körper kreisförmige oder ovale Umrisse zeigt, während der der Bindegewebszellen bizarr, unregelmässig ist, drittens, dass eine Zwischenstufe zwischen Bindegewebszellen und verzweigten Stellen der Epidermis fehlt. Wenn man auch z. B. beim Salamander hie und da in der Basalschicht eine verzweigte Pigmentzelle findet, so ist sie doch rundlich und schickt ihre Fortsätze hauptsächlich nach oben. Wir werden sehen, dass bei warmblütigen Thieren Zellen sich finden, die in der Basalschicht liegend, ihre Fortsätze in der Epidermis verzweigen und mit ihrem Zellenkörper die Chorionepidermisgrenze berühren. Doch sah ich nie trotz Jahre lang darauf gerichteter Aufmerksamkeit, eine Zelle unter der Basalmembran liegen, ihre Fortsätze in die Epidermis senden, und in dieser sich reichlich verzweigen. Wenn man diese Zwischenstufe nachweisen würde, so hätte man das Recht, von Gebilden zu sprechen, die im Begriffe sind in die Epidermis einzuwandern. Es muss also, solange nicht gewichtigere Gründe für die eine oder andere Annahme sprechen, diese Frage unentschieden gelassen werden. Das eine ist jedoch sicher, dass die hier behandelten Gebilde Pigmentüberträger sind.

In einem weiteren Stadium findet man von den oberen Lagen der Epidermis schliesslich nur zwei pigmenthaltig, die Fortsätze der an die Grenze zwischen pigmentirten und pigmentlosen Epidermislagen werden immer undeutlicher, die Zellen gleichen schliesslich gewöhnlichen nicht verzweigten Epidermiszellen und ganz zuletzt, werden sie mit der obersten noch pigmenthaltigen Schicht, bei der Häutung abgestossen. Um diese Zeit hat sich das aus dem subepithelialen Zellennetz ausgetretene Pigment, wieder erneuert und man findet es mit demselben vollgepfropft.

## Uebertreten des Pigmentes bei den Säugethieren und den Menschen.

Bei den Säugethieren ist die Bildung und die Fortschaffung des Pigmentes eine viel trägere als bei den Amphibien, wir finden nämlich bei den Letzteren, dass, wenn der Farbstoff aus dem Chorion in die Epidermis eingetreten ist, in der Lederhaut derselben eine pigmentlose Stelle entsteht. Dieser Verlust wird jedoch,



während der Pigmentwanderung in der Epidermis schon ersetzt, wenn diese ihre zweite Phase erreicht hat. Anders ist es bei den Säugethieren. In den Zehenballen schwarzer Hunde findet man kleine umschriebene Punkte der Epidermis pigmentlos und gleichzeitig auch nicht selten die unter dieser Stelle im Papillarkörper liegenden Bindegewebszellen pigmentfrei. Es hat also das in die Epidermis eingetretene Pigment seinen ganzen Weg durch dieselbe gemacht, ehe es in den Papillarkörper ersetzt wurde. Die Constanz der Hautfärbung bei den Säugethieren wird also auf eine ganz andere Weise erhalten wie bei den Amphibien. Während es bei den Amphibien dadurch geschieht, dass der Ersatz des Epidermisfarbstoffes, bei der häufigen über die ganze Hautoberfläche sich verbreitenden Epidermisabstossung, der bekannten Häutung von Chorion aus überraschend schnell bewerkstelligt wird, wird bei den Säugethieren dasselbe dadurch bewirkt, dass die Epidermiszellen ihren Farbstoff viel inniger festhalten, und sich nur partikelchenweise an circumscripten Stellen mit der fortschreitenden Verhornung langsam abstossen.

Wir haben bei den Amphibien gesehen, dass verzweigte Zellen, die auch in der Epidermis der Säugethiere sich finden, zweifelsohne bei der Fortschaffung des Pigmentes aus dem Chorion in die Epidermis mitthätig sind, und wir könnten füglich die dort gefundenen Resultate einfach auf die Säugethiere übertragen umsomehr, als wir einen hohen Grad der Analogie in der Pigmentvertheilung zwischen diesen beiden Thierclassen gefunden haben. Doch werden wir gelegentlich der Besprechung des Ergrauens der Haare und der Vitiligo sehen, dass bei den genannten Processen die verzweigten Pigmentzellen in der Epidermis fehlen, und dass bei ihnen die Fortschaffung des Pigmentes in die Epidermis aufgehört hat. Aus dem blossen Vorhandensein dieser Zellen, und aus ihren Verbindungen mit epithelialen Gebilden, kann allein der Schluss nicht gefolgert werden, dass die Fortschaffung des Pigmentes ihnen zufalle. Ist man nicht in der Lage den Vorgang selbst zu beobachten, so muss man wenigstens die einzelnen Phasen desselben nachweisen, oder wenn man bestimmten Gebilden bestimmte Functionen zuschreibt auch den Nachweis liefern, dass mit dem Ausfall dieser Gebilde, die ihnen zugeschriebenen Functionen entfallen. Dieser Nachweis wurde bisher nicht geliefert

und wird in der vorliegenden Arbeit zunächst für die Amphibien, ferner für die Säugethiere wie ich glaube mit Erfolg geführt.

Die einfachste Form der Fortschaffung des Pigmentes in epitheliale Gebilde bei Säugethieren tritt uns in der Conjunctiva des Ochsen entgegen, die Vertheilung des Pigmentes in diesem Organe wurde im zweiten Abschnitte beschrieben, und es bleibt noch übrig, das dort gelieferte Bild auf die einzelnen Phasen der Pigmentwanderung zurückzuführen.

Wenn wir der morphologischen Gleichheit der notorisch activ beweglichen verzweigten Zellen in der Froschhautepidermis mit denen in der Conjunctiva folgend, den letzteren ebenfalls amöboide Bewegung zuschreiben, so weist uns ihr im zweiten Abschnitte beschriebenes anatomisches Verhalten folgenden Weg des Pigmentes vor: Die an der Grenze zwischen Bindegewebe und Epithel liegenden verzweigten Zellen, beziehen mit ihren beweglichen Ausläufern das Pigment aus den pigmentirten Zellen im Bindegewebe.

Die nach aufwärts gerichteten verzweigten Fortsätze derselben übergehen, wie dies oben anatomisch nachgewiesen wurde, in die pigmentirten Streifen, welche in der Rindenschicht der Epithelzellen verlaufen und in der Kuppe der Zellen zu einem Pigmenthäufchen zusammenfliessen. Da wir in Folge von Stricker's Untersuchungen wissen, dass die Epithelzellen der Cornea beweglich sind, kann es nach den geschilderten anatomischen Verhältnissen nicht zweifelhaft sein, dass eine gleiche active Beweglichkeit auch den Epithelzellen der Conjunctiva bulbi zukommt, und dass durch die erwähnten Pigmentstreifen der Farbstoff aus den verzweigten Chromatophoren in der Rindenschichte der Zellen activ nach aufwärts geleitet wird, und sich an dem obersten Ende der Zelle staut, ehe er in die nächstgelegene Zelle weitergeschafft wird; dass dies geschieht, konnte ich mich auf das deutlichste überzeugen, denn ich sah in Substanzbrücken, welche von der Kuppe der einen Zelle zur anderen hinüberführten, ganz deutlich Pigmentkörnchen in grosser Anzahl liegen. Ich werde in einer späteren Publication, welche sich ausschliesslich mit dem Epithel befassen soll, die betreffenden Bilder liefern. Es heben auch andere Autoren wie namentlich Flemming, Pfitzner etc., hervor, dass die Substanzbrücken, durch welche die Epidermiszellen zu-

sammenhängen, durchaus nicht unveränderlicher Natur sind, dass sie durch amöboide verzweigte Zellen des Epithels auseinandergerissen sich wieder ergänzen können.

Was hier von der Conjunctiva des Ochsen gesagt wurde, gilt mit einigen geringen Modificationen auch für die Haut des Menschen und der Säugethiere. Der Unterschied besteht eben nur darin, dass die Pigment übertragenden verzweigten Zellen bei der Haut der Säugethiere auf die Epidermischoriongrenze beschränkt bleiben, dass die Mittheilung des Pigmentes von Zelle zu Zelle, weil ja die oberen Schichten verhornt sind, nur in der Malpighischen Schicht stattfindet, während bei den Amphibien und der Conjunctiva nur etwa die obersten zwei Zellenlagen von diesen Vorgängen ausgeschlossen sind und dem entsprechend zeigen bei der Conjunctiva fast alle Zellenlagen die erwähnten Pigmentkappen und Streifen, bei der Haut des Menschen speciell beim Neger jedoch nur die Malpighi'sche Schicht, während in den verhornten Zellen das Pigment gleichmässig vertheilt ist[1]).

Noch ein anderer Unterschied besteht zwischen der Conjunctiva des Ochsen einerseits und der Haut der Säugethiere anderseits. Die basalen Zellen der Epidermis strecken ähnliche, wenn auch kürzere fingerförmige Fortsätze, wie bei den Amphibien, namentlich wie beim Salamander in das Chorion, während die Basalzellen des Conjunctivaepithels nur ganz kurze Zähnchen, oder auch fortlaufende nur leicht wellige Contouren an ihrer unteren Fläche zeigen. Diesem Befunde entsprechend findet man auch nie Verbindungen zwischen Basalzellen und Bindegewebszellen wie beim Frosche, sondern es verbinden sich, wie bereits erwähnt, die im Epithel liegenden verzweigten Zellen, mit den Epithelzellen einer-, mit Bindegewebszellen anderseits.

Die Verbindung zwischen pigmenthaltigen Bindegewebszellen des Chorions und den Zellen der Basalzellen der Malpighi'schen Schicht ist also in der Conjunctiva des Ochsen eine mittelbare bei dem Frosche eine unmittelbare (nur die höher gelegenen Zellen der Froschepidermis treten in der zweiten Stufe der Pigmentinfiltration durch die verzweigten Zellen mit dem Chorion in Ver-

[1]) Aehnliches findet auch, wie ich mich überzeugt habe, bei den eine Hornschicht besitzenden Reptilien statt, speciell sah ich es beim Chamäleon.

bindung); bei Menschen und Säugethieren jedoch theils eine mittelbare, theils eine unmittelbare. Doch ist, wie wir sehen werden, die erstere Art der Uebertragung die wichtigste. In den Anhangsgebilden der Haut, in den Haaren, ist der Pigmentübergang aus der Papille in die Haarmatrix eine ausschliessliche Function der verzweigten Zellen. Das Haar schliesst sich in dieser Beziehung an die Conjunctiva an, wir wollen daher in unserer Darstellung zuerst mit demselben beginnen.

Wir haben bei der anatomischen Beschreibung der pigmentirten Zellen im Haare zwei anatomisch in manchen Dingen differente Zellenarten kennen gelernt, nämlich solche in der Papille, in denen das Pigment wie in anderen Theilen des Chorions entsteht, und solche die in der Haarmatrix liegen, welchen das Fortschaffen des Pigmentes zukommt. Es ist bisher nicht der stringente Beweis geführt worden, dass diese letzteren das Pigment aus der Papille in die Haarmatrix übertragen, man konnte es nur nach der Analogie mit den Amphibien vermuthen, und wird erst durch den Umstand erwiesen, dass sie in ganz ergrauten Haaren bei Canities praematura fehlen.

Fig. 3 u. 4 auf Tafel XXIII stellen graue, in vivo excidirte Haare aus der Nackenhaut eines 30 Jahre alten Mannes dar, der mit Canities praematura behaftet, sonst ganz gesund ist, ein Zustand, der in seiner Familie erblich ist. Wir sehen, dass das Haar bis auf das Fehlen der erwähnten, pigmentübertragenden Zellen ganz normal gebaut ist, dass es, wie die Färbung beweist, seine normale Succulenz beibehalten hat. (Das letztere ist in Essigsäure aufgequollen und deshalb haben sich die Matrices von der Papille losgelöst.) Man sieht hier, dass auch an der Papillenmatrixgrenze keine Zellen sind. An einem anderen 28jährigen Manne mit Canities praematura, in dessen Familie dieser Zustand ebenfalls erblich ist, habe ich bei ganz grauen Haaren, die sammt den Matrices ausgezogen wurden, keine pigmentübertragenden, verzweigten Zellen in der Matrix gefunden. Interessanter jedoch, als die ganz ergrauten Haare waren diejenigen, die an der Spitze noch schwarz, nahe der Wurzel jedoch grau zu werden begannen. In diesen Fällen sah ich nicht selten von einer oder zwei verzweigten, in der Matrix der Haarrinde liegenden Zellen Streifen pigmentirter Haarrindenzellen ausgehen, die ganz parallel zur Axe des Haares sich emporzogen, bis in den verhorn-

ten Theil sich erstreckten, während alles andere pigmentlos blieb.

Diese Befunde gestatten zunächst folgende Schlüsse: Da mit dem Fehlen der verzweigten Zellen in der Haarmatrix constant auch Pigmentlosigkeit des Haares verbunden ist, da ferner, wenn nur eine einzige Zelle vorhanden ist, auch nur die über derselben befindlichen Zellen der Substantia propria des Haares pigmentirt sind, kann es keinem Zweifel unterliegen, dass diese verzweigten Zellen der Haarmatrices es sind, welche den Uebertritt des Pigmentes vermitteln. Die Art und Weise, wie dies geschieht, ist offenbar die, dass ähnlich wie bei der Conjunctiva des Ochsen, die nach oben ausgestreckten Fortsätze der pigmentübertragenden Zellen sich mit den Bildungszellen der Haarrinde in Verbindung setzen, was ja anatomisch von Riehl und von mir nachgewiesen wurde. Auch hier ist also die Pigmentübertragung nicht wie in der Amphibienepidermis eine unmittelbare von den Bindegewebszellen in die basalen Zellen stattfindende, sondern es treten als Zwischenglieder die verzweigten pigmentübertragenden Zellen auf. Die basale Schicht der Matrix allein sendet dementsprechend auch keine Fortsätze in die Papille und bleibt pigmentfrei, während zwischen den Matrixzellen in dem Geflechte der feinen Ausläufer der verzweigten Zellen das Pigment abgelagert ist. Auf diese Weise erklären sich die scheinbaren Widersprüche von Unna und Waldeyer. Der Erstere behauptet, dass das Pigment zwischen den Zellen gelegen sei, was auch für die unterste nahe an der Papillenmatrix gelegene Zellschicht zutrifft, während schon die Zellen in der 3. und 4. Schicht Farbstoff in den Zellleib aufgenommen haben, wie dies Waldeyer richtig beschrieben hat.

Während also in der Papille immer pigmentführende Zellen vorhanden sind, selbst bei ganz weissen Haaren, (eine Ausnahme erleidet dies nur bei der senilen Atrophie der Haut), vermisst man die oben beschriebenen Pigmentvermittler in der Haarzwiebel. Es kann also, trotzdem die Pigmenterzeugung in der Lederhaut ungestört von Statten geht, das Haar weiss sein, weil der Farbstoff wohl erzeugt, aber nicht in das Haar befördert wird, da die Beförderer fehlen. Michelson (Handbuch von Ziemssen) hat bereits die Möglichkeit einer ähnlichen Erklärung ins Auge gefasst, indem er l. c. schreibt: „Den ungenügenden Pigmentgehalt bei dem senilen und bei dem vorzeitigen Ergrauen, pflegt man darauf



zurückzuführen, dass die Papille ihre Farbstoff producirende Kraft verloren hat und, dass in Folge dessen das Haargewebe mangelhaft oder gar nicht pigmentirt nachgeschoben wird. Daneben wäre wohl noch die Möglichkeit in Betracht zu ziehen, dass färbende Substanz zwar in hinreichender Menge von der Papille ausgeschieden wird, aber von Seite des in seiner chemischen Beschaffenheit veränderten Hautblastems nicht aufgenommen wird, oder mit anderen Worten, dass nicht die Papille die Eigenschaft eingebüsst hat Pigment zu produciren, sondern, dass die Haarzellen die Fähigkeit verloren haben, sich mit demselben zu imbibiren."

An anderer Stelle sagt Michelson: „Bei dem bereits schwach gefärbten aber noch nicht decolorirten Haare sind vielfach zwischen den einzelnen Zellreihen noch ziemlich reichliche Pigmentkörnchen vorhanden" in einer Fussnote fährt er fort: „Es wäre noch zu untersuchen, ob nicht vielleicht der Pigmentreichthum der Greisenhaut theilweise damit zusammenhängt, dass Farbstoffe, die ursprünglich für das Haar bestimmt, in die Säftemasse wieder aufgenommen und anderwärts deponirt worden."

Prof. Neumann schreibt in der vierten Auflage seines Lehrbuches für Hautkrankheiten, Seite 422, Folgendes: Der Bulbus des Haares wird zuerst grau, da dem Haare gleich an seiner Bildungsstätte — der Papille — kein Pigment zugeführt wird, während dasselbe an der Spitze noch lange pigmentirt sein kann. Der Haarschaft erscheint oft in grösserer Ausdehnung noch pigmentirt, während der untere Theil desselben bereits weiss geworden ist.

Nachdem wir die Uebereinstimmung der Verhältnisse an den Haaren mit denen der Conjunctiva auseinandergesetzt, wenden wir uns zu den übrigen Hautpartien des Menschen.

Die Pigmentübertragung geschieht hier auf zweierlei Weise. Erstens wie beim Frosche also unmittelbar von den Bindegewebszellen und Epithel durch Substanzbrücken, doch spielt diese Form der Uebertragung beim Menschen eine untergeordnete Rolle. Nur selten stösst man auf Bilder, wie sie Figur 5 auf Tafel XXIV zeigt, wo eine Bindegewebszelle ihren Fortsatz ins Epithel vorschiebt und sich an eine Basalzelle anlegt, wo das Pigment von der Bindegewebszelle bis in den Zellleib der Basalzelle zu verfolgen ist. Die Hauptrolle spielt beim Menschen die mittelbare Uebertragung durch vor-

zweigte Zellen an der Chorionepidermisgrenze. Wie bereits oben auseinandergesetzt wurde, sind sie viel einfacher gebaut als bei der Conjunctiva des Ochsen, schmiegen sich an die Unterfläche der Basalzellen an und hängen mit letzteren mittelst dünner Substanzbrücken zusammen. Sie sind bald pigmentirt, bald sind sie pigmentlos. Im letzteren Falle zeigen die anliegenden Basalzellen erhöhten Pigmentgehalt (Fig. 6 auf Taf. XXIV). In pathologischen Zuständen, z. B. im breiten Condylom, wo die Epidermiszellen überhaupt grösser succulenter werden, wachsen auch die verzweigten Zellen, ihre Fortsätze werden ungemein lang und reichlich, so dass sie wie Prof. Neumann gefunden hat, zwischen den Epidermiszellen ein reichlicheres Netzwerk bilden. Ihr Körper liegt ganz wie beim Haare, theils an der Epidermischoriongrenze, theils zwischen den Epidermiszellen selbst. Im Chorion sind auch in diesem Falle keine solchen verzweigten Pigmentzellen zu finden.

Dass es diese Zellen sind, welchen wirklich die Uebertragung des Pigmentes obliegt, beweisen die Pigmentanomalien, die mit dem vorzeitigen Ergrauen der Haare die grösste Analogie zeigen, in sehr vielen Fällen mit derselben zugleich an ein und demselben Individuum vorkommen, ich meine die Vitiligo; ja es ist bekannt, dass Stellen, welche von Vitiligo befallen sind, auch zumeist, wenn auch nicht immer, von weissen Haaren, die früher dunkel waren, besetzt sind.

Bei einem schwarzhaarigen Manne von 26 Jahren, der sich noch immer in meiner Beobachtung befindet, trat im 20. Lebensjahre Ergrauen der Haare auf, dann eine exquisit fortschreitende Vitiligo über den ganzen Körper mit Weisswerden der Haare an den befallenen Hautpartien des dicht behaarten Individuums, so, dass jetzt z. B. die rechte Seite der Brust und die rechte Achselhöhle, die von der fortschreitenden Vitiligo ganz entfärbt sind, im Gegensatze zu den meist noch dunkelschwarzen Haaren der anderen Seite, eine lebhaft contrastirende silberweisse Behaarung zeigt. Auch das Scrotum ist an der unteren Partie weiss behaart, während die Haare des mons Veneris noch dunkelschwarz sind.

Die nahe Verwandtschaft dieser Processe wird durch mikroskopische Untersuchung vitiliginöser Stellen noch näher illustrirt. An Stellen, wo die Vitiligo noch nicht weit vorgeschritten. d. h. wo die entfärbte Stelle nur circa 2—3 Mm. im Durchmesser



misst, findet man, dass das Chorion derselben durchaus nicht pigmentarm ist, ja häufig mehr Pigment enthält, als die Umgebung, nur die Epidermis ist relativ zur Umgebung pigmentarmer, während das Chorion sich durch nichts von einer anderen stärker pigmentirten Stelle unterscheidet. Der Farbstoff ist in Bindegewebszellen eingeschlossen, dichter um die Gefässe als anderwärts, aber unter der Epidermis fehlen die oben beschriebenen sternförmigen Zellen theils ganz, oder sie sind nur ganz vereinzelt vorhanden. So wie beim grauen Haare das Pigment sich in der Haarwurzel ansammelt, weil die pigmentbefördernden Zellen fehlen, schliesslich aber, wenn die Behinderung lange Zeit dauert, das Pigment von den Bindegewebszellen der Umgebung aufgenommen und weiter fortgeschafft wird, so ist es auch bei der Vitiligo der Fall. Es ist namentlich Gustav Simon aufgefallen, dass an der dunklen Partie der Haut starke Pigmentanhäufung um die vitiliginöse Stelle stattfindet.

Lesser schreibt (Ziemssen's Handbuch): „Auffallend war mir nur noch der sehr starke Pigmentreichthum des Chorions, besonders an der Grenzschicht der braunen Theile gegen die weissen.“ Verfolgt man nämlich stufenweise die Vitiligoflecke und untersucht Stellen, wo der weisse Fleck, etwa über linsengross ist, so findet man bereits, dass das unter der pigmentlosen Epidermispartie liegende Chorion im Centrum pigmentarm wird, dass aber das Pigment sich in den Randpartien desselben angehäuft hat. Je grösser die Vitiligoflecke werden, desto weiter schiebt sich diese Pigmentanhäufung gegen die Peripherie.

Es erklärt sich dieses aus der Eigenschaft der Bindegewebszellen, das Pigment nicht dauernd festhalten zu können. Den Beleg hiefür liefert das Verhalten des Pigmentes nach Sinapismus; so entsteht nach Schwinden der acuten Röthe ein braungelber Fleck, welcher jahrelang anhält. Es hat sich nämlich durch die Hyperämie ein Depot von Pigment im Chorion gebildet, von welchem aus immer frisches Pigment nach der Epidermis geschoben wird. Applicirt man jedoch den Sinapismus auf eine vitiliginöse Stelle, so entsteht zwar auch ein dunkler Fleck, welcher auf Ablagerung von Pigment in das Chorion zu beziehen ist, jedoch nur kurze Zeit anhält; in der Epidermis selber findet man kein Pigment. Wenn die Einwirkung des Sinapismus bis zur Blasenbildung gedauert hat,



und man untersucht sofort die Epidermis nach der stattgehabten Einwirkung, so findet man sie von diffusem Blutfarbstoff imbibirt, ein Vorgang der mit der normalen Fortschaffung des körnigen Pigmentes nichts gemein hat. Diese imbibirte Epidermis stösst sich in wenigen Stunden oder Tagen ab, und bleibt auch dann für immer ungefärbt, während das Chorion eine Zeit lang das Pigment wohl behält, bald geht jedoch auch dieses den Weg alles Pigmentes, welches an vitiliginösen Stellen gebildet wird, nämlich den nach der Peripherie.

Es sind eben die Elemente nicht vorhanden, welche das Pigment aus dem Chorion in die Epidermiszellen schaffen, und die Bindegewebszellen sind nicht im Stande es festzuhalten. In kurzer Zeit, in einem von mir beobachteten Falle schon nach drei Monaten, ist die vitiliginöse Stelle wieder entfärbt und der Contrast zwischen weisser und dunkler Haut durch die gesteigerte Pigmentzufuhr nach der Peripherie nur noch grösser. In der Peripherie der vitiliginösen Stelle sind noch die pigmentbefördernden Elemente vorhanden, und daher wird das denselben reichlich zugeführte Pigment auch reichlich in die Epidermis getragen, welche dasselbe festhält, bis der Process weiter schreitet und auch hier die pigmentfortschaffenden Elemente zerstört.

Die Vitiligo ist demnach ein dem Ergrauen der Haare analoger Process, und das Zusammentreffen derselben mit dem Ergrauen der Haare wird hiedurch erklärlich. Die Haare bleiben bei Vitiligo schwarz, wenn der Process des Absterbens der pigmentbefördernden Zellen nicht bis in die Tiefe der Haarwurzel reicht. Die Grundursache dieses Processes liegt zum grossen Theil in dem dunkeln Gebiete der Vererbungsvorgänge.

Die Identität der Processe war übrigens schon früheren Beobachtern, als noch die anatomische Begründung fehlte, völlig klar, so schreibt Lesser (Handbuch von Ziemssen), nachdem er den Albinismus partialis abgehandelt hatte, pag. 184 Folgendes: „Die Betheiligung der Haare an dem Entfärbungsprocess ist schon oben in der Angabe über die abgebildete Kranke erwähnt. Dieselbe ist ganz ausserordentlich häufig, so dass wohl in jedem Falle von etwas ausgebreiteter Vitiligo sich entweder einzelne Büschel entfärbter Haare finden, oder aber weisse Haare in unregelmässiger Weise unter den pigmentirten eingestreut sind, so dass die Haare wie bei älteren Personen grau melirt erscheinen.

Manchmal finden sich auch schon bei wenig vorgeschrittenen Fällen Entfärbungen der Haare; so habe ich einen Fall beobachtet, wo nur eine weisse Stelle am Rumpf, mehrere kleine an den Händen und eine etwa fünfmarkstückgrosse, mit weissen Haaren bedeckte Stelle auf dem Kopf, sich vorfand. Ja ab und zu tritt die Leucopathie nur an den Haaren auf, während die Haut sonst keine weissen Stellen zeigt, eine Erscheinung, die wir entsprechend den völlig analogen Verhältnissen beim Albinismus partialis als Poliosis circumscripta acquisita bezeichnen können" und pag. 190: „Es sind allerdings gewisse Abweichungen von dem Typus der Leucopathia acquisita im allgemeinen hervorzuheben, das Fehlen der scharfen Begrenzung und der stärkeren Pigmentirung der Umgebung der pigmentlosen Stellen. Aber wir finden dieselben Abweichungen auch bei den Entfärbungen der Haare, die gleichzeitig mit Vitiligo der übrigen Körperhaut auftreten, und sind wir daher berechtigt, dieselben auf Verschiedenheiten der Entwicklung der Krankheit zurückzuführen, welche durch die besondere Localisation hervorgerufen werden. Ich halte es für ganz zweifellos, dass diese Fälle von erworbener Poliosis circumscripta, bei denen die übrige Haut nicht betheiligt ist, doch demselben Krankheitsprocess wie die Vitiligo ihren Ursprung verdanken."

In letzterer Zeit ist von Riehl eine Arbeit über Leucopathia syphilitica erschienen. Der Befund deckt sich vollkommen mit dem, was ich bereits früher (siehe meine vorläufige Mittheilung in der allg. Wiener mediz. Zeitung Nr. 26, 1884) für die Vitiligo idiopathica beschrieben habe. In der Zeichnung, die Riehl gibt, fehlen sogar die sternförmigen Zellen in der untersten Lage der entfärbten Epidermispartie, das Chorion ist hingegen mit Pigment vollgepfropft. Riehl erklärt jedoch diesen Befund auf eine andere Weise; er acceptirt meine Ansicht über das Einwandern des Pigmentes durch bewegliche Zellen, doch hält er es für ausgemacht, dieselben seien eingewandert und nehmen den in die Epidermis aufgestiegenen Farbstoff wieder auf, und tragen ihn ins Chorion zurück und dieses werde hier vom Blutgefässsystem aufgenommen, was die stärkere Anhäufung der Zellen um die Gefässe beweise. Nun wissen wir aber, dass die Anhäufung des Pigments um die Gefässe eine normale Erscheinung ist, da ja das Pigment um die



Blutgefässe herum sich bildet, so ist es auch zu erwarten, dass wenn die Fortschaffung des Pigmentes behindert, es sich auch in der Umgebung der Gefässe im grösseren Masse ansammeln wird. Riehl stützt ferner seine Anschauung auf den Umstand, dass die sternförmigen Zellen an der Chorionepidermisgrenze an jenen Partien, die noch nicht entfärbt sind, ihre Fortsätze in die Basalschicht der Epidermis hineinstrecken (Verbindungen zwischen Basalzellen und sternförmigen Zellen an der Chorionepidermisgrenze hat Riehl nicht gesehen) und glaubt, dass diese es sind, welche das Pigment aus der Epidermis aufnehmen, und dann ins Chorion zurückschleppen. Nun haben wir aber gesehen, dass gerade diese Fortsätze in pigmentirten Hautpartien den Farbstoff in die Epidermis führen. Ehe man sich also zu einer so complicirten Annahme entschliesst, müsste man nachweisen, dass die Entfärbung der Epidermis nicht auf ähnliche Weise zu Stande komme, wie bei der Vitiligo idiopathica und beim Ergrauen der Haare, nämlich durch Sistirung des Pigmentaufstieges in die Epidermis, umsomehr als auch, wenn man die Annahme Riehl's gelten lassen wollte, diese verzweigten Zellen an der Chorionepidermisgrenze fehlen müssten, denn sie haben ja nach seiner Anschauung an den entfärbten Stellen das Pigment ins Chorion zurückgetragen.

Es liesse sich durch die Annahme Riehl's allenfalls noch die Entfärbung der Basalschicht erklären, die Entfärbung der weiter oben gelegenen Epidermisschichten kann jedoch nur auf die Weise erklärt werden, dass sie allmählich abgestossen sich neu bilden und kein Pigment mehr von unten geliefert bekommen. Für das Ergrauen der Haare muss es als unzweifelhaft gelten, dass die Fortschaffung des Pigmentes von unten sistirt ist, und das Haar pigmentlos weiter wächst, denn an ein Zurücksaugen des Pigmentes aus dem verhornten Haarschaft ist gar nicht zu denken.

Auch für die Leucopathia syphilitica müsste, wie gesagt, erwiesen werden, dass dieselbe nicht auf ein Zugrundegehen der pigmentübertragenden Zellen, oder wenn man dieselben als eingewandert gelten lässt, nicht auf einem der Einwanderung entgegenstehenden Hinderniss beruht. Man könnte ja auch beim Ergrauen der Haare die Abwesenheit der pigmentübertragenden Zellen auf die Weise erklären, dass die Zellen nicht einwandern können,

doch steht vorläufig dieser Annahme der Umstand entgegen, dass wie bereits oben auseinandergesetzt wurde, morphologische Unterschiede zwischen beiden Pigmentzellenarten denen der Papille und der Haarmatrix bestehen, und mit Ausnahme eben des Mangels der verzweigten Zellen unterscheiden sich die Matrices der normal festhaftenden grauen Haare in nichts anderem von denen gesunder dunkelgefärbter Haare. Auch müsste dieses Hinderniss oft nur ein regionäres auf einzelne Stellen der Haarmatrix beschränktes sein, denn wir finden, dass im Beginne des Ergrauens noch einzelne pigmentübertragende Zellen in der Matrix vorhanden sind und, dass von ihnen aus pigmentirte Streifen der Haarrinde sich hinziehen.

Es ist für unseren Gegenstand auch ganz gleichgiltig, ob die Zellen autochthon in der Epidermis entstanden oder in dieselbe eingewandert sind. Die Thatsache, um die es sich handelt, die nämlich, dass sie das Pigment aus dem Chorion in die Epidermis tragen, dass aus ihnen das Pigment in die Epithelzellen durch active intracellulare Strömungen eintritt, kann als festgestellt betrachtet werden. Ebenso feststehend ist, dass ihre Abwesenheit in der Epidermis zum Schwunde des Oberhaut-Pigmentes führt.

Die Anschauung, dass es sich um eingewanderte Zellen handelt, ist übrigens nicht neu.

Bei Reptilienembryonen beschreibt Kerber Zellen, die zum Theil im Chorion liegen und andere, die mit einem zapfenförmigen Fortsatze in die Epidermis hineinreichen. Diese Gebilde, welche Kerber abbildet, sind jedoch rundliche nicht verzweigte Zellen und mit unseren Gebilden nicht identisch. Kerber glaubt zwar, dass diese, wenn sie einmal in die Epidermis hineingelangt sind, sich verzweigen. Doch ist dies eine Behauptung, für die der Beweis noch aussteht. Der genannte Autor beschreibt ferner beim Hühnchenembryo Zellen, die mit Pigment gefüllt zu einer Hälfte noch in der Cutis sich befinden, während ihre baumförmig verzweigten Aeste schon alle in die Epidermis eingedrungen sind. Später schwinden diese Zellen vollkommen und im erwachsenen Hühnchen finden sie sich überhaupt nicht; die Abbildung, welche K. gibt, stimmt vollkommen mit unseren Befunden überein, der Zellkörper liegt jedoch nicht mitten im Chorion drin, wie man nach K's. Beschreibung erwarten sollte, sondern er liegt zum grössten Theile schon in der



Epidermis, während er mit einem anderen Theil die Chorionepidermisgrenze (dieselbe fortlaufend gedacht) ausbaut, nun weiss man aber nach den Untersuchungen von Leydig l. c., dass die Letztere selbst bei den Amphibien nicht in einer geraden Linie fortlauft, wie man allgemein annimmt, sondern, dass auch hier Vertiefungen und Erhebungen vorkommen und wie wir oben gezeigt haben, wird diese Grenze immerfort von fingerförmigen Ausläufern der basalen Epidermiszellen selbst überschritten. Man kann also Gebilde, die sich gerade so verhalten, nicht ohne weiters, als dem Chorion entstammende eingewanderte deuten.

Für alle die reich verzweigten Zellen, konnte ich nur das constatiren, dass ihre reichlichen zwischen den Epidermiszellen liegenden Ausläufer nie das Chorion berühren, um sich da erst in der Epidermis zu verzweigen. Mit unserer Beschreibung stimmt auch überein, was Langhans über die von ihm entdeckten verzweigten Zellen (Virchow's Archiv 44. Band) schreibt.

„Sie besitzen einen rundlichen, oft mehr oder weniger oblongen Leib, in dem die dunkle Goldfärbung nur selten einen Kern deutlich wahrzunehmen gestattet. Von diesem Leibe entsenden sie eine wechselnde Anzahl zierlicher Ausläufer, von denen einer nach abwärts gerichtet ist, während alle übrigen dem Stratum corneum zugewandt sind und entweder sofort, oder nachdem sie eine kurze Strecke der Oberfläche parallel gelaufen sind, fast senkrecht in die Höhe streben."

Ausser Langhans haben auch noch Eberth, Biesiadecki, Podcapaëw, Gay etc. verzweigte Zellen in der Epidermis beschrieben.

Schöbl l. c. fand im äusseren Ohr des Igels verzweigte Zellen in der Malpighischen Schicht in einer so zierlichen und regelmässigen Anordnung, dass man an eine regellose Einwanderung derselben nur schwerlich denken kann.

Wenn wir also auch betonen müssen, dass es bisher nicht erwiesen ist, dass die verzweigten Zellen der epithelialen Gebilde aus dem Chorion eingewandert sind, müssen wir doch zugeben, dass nach der Analogie mit den Amphibien, die basalen Zellen ausgestreckte Zelltheile mit dem Pigment in sich aufnehmen und in diesem Sinne ist an eine Einwanderung von Zellbestandtheilen nicht zu zweifeln. Für diejenigen Thatsachen, die wir in der vor-



liegenden Arbeit erhärten wollten, ist es auch ganz gleichgiltig, ob man ganze Zellen oder nur Zelltheile in die Epidermis einwandern lässt. Es kann als erwiesen betrachtet werden, dass aus dem Chorion durch bewegliche Zellsubstanzbrücken körnige Stoffe in die epithelialen Gebilde geschafft werden, dass sie in der Epidermis durch active Strömungen nach aufwärts geschafft werden und schliesslich mit den oberflächlichsten Zelllagen abgestossen werden.

Herrn Prof. Neumann spreche ich für die mannigfache Anregung bei dieser Arbeit meinen Dank aus.

# Bericht über die Leistungen

auf dem

## Gebiete der Dermatologie und Syphilis.

---





# Hautkrankheiten.

## Anatomie, allg. Pathologie und Therapie der Haut.

**Giovannini.** Die Kariokinese der Zellen des Rete Malpighii in einigen pathologischen, entzündlichen und neoplastischen Processen. Drei vorläufige Mittheilungen. (Gazz. degli ospitali. 15. März, 3. Mai, 13. Mai 1885.)

1. G. hat Kariokinese der Zellen des R. Malpighii zunächst in zwei Arten von Veränderungen gefunden. In solchen, bei denen Irritation der Haut stattgefunden hatte, sowie dort, wo Erneuerung von Epidermis beobachtet wurde, wie in Continuitätstrennungen der Haut und in beschränkten Zerstörungen der epithelialen Oberfläche durch pathische Processe. So fand er sie in den Zellen des R. Malpighii in normaler menschlicher Haut, die mehrmals mit Jodtinctur bestrichen worden war, in der gerötheten Haut über suppurativer Adenitis, bei Dermatitis exfoliativa, bei Psoriasis, spitzen Condylomen, Lupus und Sarcom der Haut. Ebenso fand er sie regelmässig am Rande von Wunden, welche er bei Kaninchen durch Galvanocaustik, Schnitt oder chemische Mittel erzeugte, sobald die Wunde sich zu reinigen begann und Zeichen der beginnenden Heilung zeigte. Ebenso konnte er ähnliche Theilungsfiguren nachweisen am Rand von chronischen Fussgeschwüren, venerischen Affecten, syphilitischen zerfallenden Hautknoten. In allen diesen Fällen betrafen die Veränderungen die tiefen Lagen der Malpighi'schen Schichte. In den pathologischen Processen beobachtete G. die Kariokinese stets erst dann, wenn der eigentliche Process bereits abnahm und das Epithellager der Reparation entgegen ging. Die Präparate wurden nach Flemmings Methode gehärtet in alkoholischer Safraninlösung, Alauncarmin, Hämatoxylin gefärbt.

2. In Fortsetzung seiner Untersuchungen hat G. kariokinetische Erscheinungen gefunden an Blasen, die mit Cantharidenpflaster erzeugt wurden, in Plaques muqueuses der äusseren Genitalien, die starker Irritation ausgesetzt waren, sowie in einem Falle frischer vulgärer Psoriasis. Frische nicht behandelte Plaques derselben bieten reich-





lichere Erscheinungen der Kerntheilung, als alte, schon behandelte Plaques, daher glaubt G. die Kerntheilung mit der Bildung der Schuppen der Psoriasis in Zusammenhang bringen zu sollen. Ebenso fand G. Kariokinese in den fixen Bindegewebszellen der Haut in verheilenden Schnittwunden, ablaufendem Eczem. Diese erscheinen grösser, nehmen Farbstoffe intensiver auf, das Protoplasma ist durchsichtiger, die Kerne umgeben sich mit einer helleren Schichte, innerhalb welcher die typischen Veränderungen der Kerntheilung vor sich gehen.

3. G. hat aus den kariokinetischen Veränderungen die Frage zu beantworten getrachtet, ob die Regeneration des Epithels an Wunden immer nur von Epithel, oder auch durch Umwandlung von Elementen der Cutis erfolgt. Er hat zu diesem Zwecke Hautstückchen untersucht, welche mit Erfolg auf granulirende Wunden transplantirt wurden. Diese wurden sammt dem Boden abgetragen und nach dem Flemming'schen Verfahren behandelt. Bei der mikroskopischen Untersuchung sah nun G., dass die Anlöthung des transplantirten Hautstückchens an das granulirende Gewebe durch Fortsätze erfolgt, welche von dem ersteren ausgehend sich in letzterem festsetzen und verzweigen. Gleichzeitig beobachtete er Vergrösserung der Retezellen, Verlängerung der Stacheln derselben, Erweiterung der interspinalen Räume, Einwanderung von weissen Blutkörperchen in dieselben und kariokinetische Erscheinungen an den Zellen der übertragenen Epidermis mit den Charakteren der von Flemming geschilderten indirecten Kerntheilung. Diese Veränderungen betreffen besonders jene Stellen, an denen das Epithel am jüngsten ist, die also an der Basis und in der Peripherie des übertragenen Hautstückchens sitzen. Diese Untersuchungen führten G. zum Schluss, dass active Vermehrung der übertragenen Zellen des Hautstückchens jene Epithelinseln bilden, von denen aus dann die Ueberhäutung der Wunde stattfindet, sowie dass diese Vermehrung durch indirecte Kerntheilung erfolgt.

Finger.

**Freund.** Zur Diagnose des Carcinoms. Vorläufige Mittheilung. (Wiener Mediz. Blätter Nr. 9, 1885.)

Bei der Untersuchung des Blutes in 70 Fällen von Carcinomen konnte Verfasser bereits in einer Quantität von 0·3 Cubikcentimeter Blut deutlich eine Fehling'sche Flüssigkeit reducirende Substanz nach-



weisen, die wegen der Bildung von Milchsäure bei ein- bis zweitägigem Stehen der enteiweissten Flüssigkeit und wegen des dabei erfolgenden Auftretens von Hefezellen als Zucker anzusehen ist. Derselbe schien nach den vorgenommenen quantitativen Untersuchungen in einer Menge von 0·08 bis 0·1% im Blute enthalten zu sein. Auch in carcinomatösen Geweben fand sich ausnahmslos theils Zucker, theils Glykogen. Bei Blutuntersuchungen in anderen Krankheiten (Diabetes ausgenommen) war stets eine Menge von circa 2 Cubikcentimeter Blut erforderlich, um eine deutliche Reaction zu erhalten. In 15 Fällen von Sarkom zeigte sich das Blut abnorm reich an Pepton, ebenso der wässerige Extract eines Sarkoms, während gesunde Gewebsstücke desselben Individuums peptonfrei waren, ebenso wie die gesunden Gewebstheile bei carcinomatösen Individuen stets zuckerfrei gefunden wurden.

Nach der vollständigen Exstirpation von Carcinomen verschwand in den untersuchten Fällen auch der Zuckergehalt des Blutes in 5 Tagen bis 3 Wochen. Verf. glaubt somit, das Vorhandensein einer abnormen Zucker- oder Glykogenmenge im Blute als nöthig zur Existenz des Carcinoms betrachten zu können.

**Unna.** Ueber mediz. Seifen. (Volkmann's Sammlung, Klin. Vort. Nr. 252, 1885.)

Die unter dem Namen „mediz. Seifen“ in den Handel gebrachten, von Industriellen angefertigten und marktschreierisch angepriesenen Produkte sind mit Recht zu verwerfen. Man kennt eben deren Zusammensetzung nicht. Welche Bedeutung jedoch den Seifen in dermatolog. Hinsicht zukommt, ergibt sich aus der bekannten Arbeit von Auspitz und aus folgenden Erwägungen: Die Hornschichte nimmt Seife selbst in grösseren Quantitäten lieber auf, als Fette auf der einen und Wasser auf der anderen Seite, weil gegen grössere Seifenmengen kein Mischungshinderniss erwächst. Die Seifenform ist daher die erste unter allen für die Oberhaut geplanten Einverleibungsmethoden, und ist daher selbst den Salben aus diesen physikalischen Gründen vorzuziehen. — Man kann daher die Medizinalseifen bei universellen Dermatosen bei geringer Belästigung der Kranken anwenden, ferner sie als intercurrentes Medicament bei Tag nebst einem energischen Mittel des Nachts appliziren, endlich zur Nachcur und als prophylaktisches Mittel gegen obstinate Dermatosen mit Neigung zu Recidiven benutzen. Unna bedient sich einer sogenannten „Grundseife“, der man





nach Bedarf und nach technischer Möglichkeit noch verschiedene Medicamente einverleiben kann. Die Grundseife besteht aus reinem Rindstalg und zwei Theilen Natron auf einen Theil Kali. (Im Hochsommer 3 Theilen Natron und 1 Theil Kali.) Die so dargestellte neutrale Kali-Natronseife wird, da sie die Haut sehr spröde macht und zu starker Abschuppung führt, mit überschüssigem Fett versetzt, wodurch sie die erwähnte unangenehme Eigenschaft verliert und die Haut geschmeidig macht. Unna's Grundseife ist also eine neutrale, überfettete Kali-Natronseife. Die Ueberfettung geschieht aus technischen Gründen mit Olivenöl. Auf 8 Theile Talg kommt ein Theil Olivenöl. Die Seifen können in 3facher Weise angewendet werden: 1. Durch Abwaschen, man bringt die Seife auf der Haut zum Schäumen und spült dann den Schaum weg. 2. Durch Einwischen, der Schaum wird eine Zeit lang auf der Haut belassen und dann mit einem Tuchlappen abgewischt. 3. Eintrocknen, indem der Schaum auf der Haut ganz belassen wird, bis er auf derselben eintrocknet. Durch Hinzugabe von 1 Theil feinsten Marmorpulver auf 4 Theile überfetteter Grundseife erhält man die Marmorseife, deren Nutzen bei Parakeratosen diffuser und circumscripter Form einleuchtet. Die Ichthyolseife ist braun, mässig hart, schäumt gut und riecht nach Ichthyolpräparaten. Auf 9 Theile überfettete Grundseife 1 Theil sulfo-ichthyolsaures Natron. Sie findet wie die Ichthyolsalben überhaupt Anwendung bei allen Formen der Rosacea, die mit Gefässdilatation diffuser und circumscripter Art einhergehen, ferner bei Eczemen.

Unna lobt ferner die Salicylseife. Mit der gewöhnl. überfetteten Grundseife lässt sich aber nur eine 2% Salicylseife darstellen, woraus hervorgeht, dass die Wirkung der Salicylsäure auf verhärtete Gewebe bei dem geringen Salicylsäuregehalt in der Seife nicht erwartet werden kann. U. wendet sie bei parasitären Affectionen, bei Eczemen und bei Acne an. — Unna hat ferner eine Zinksalicylseife und überfettete Tanninseifen in Verwendung. Die Carbolseife entspricht nicht allen Anforderungen und lässt sich nicht gut darstellen; hingegen kann man mit einer Rhabarberseife noch einige gute Resultate in parasitären Hautaffectionen erzielen. (Chrysophansäure.)

**Weiss.** Beitrag zur Cocaïnwirkung. (Wiener med. Wochenschrift Nr. 1, 1885.)

Gegen sehr heftige Schmerzen, welche durch eine Verbrühung des Gesichtes mit heissen Dämpfen ausgelöst wurden, applicirte W. mit vorzüglichem Erfolge Einpinselungen mit einer 2°/₀ Cocaïnlösung, nachdem kalte Ueberschläge fruchtlos angewendet wurden.

**Landerer.** Locale Anästhesie mit subcutanen Cocaïninjectionen. (Centralbl. f. Chir. Nr. 48, 1885.)

L. verwendet seit 2 Monaten subcutane Cocaïninjectionen behufs localer Anästhesie und hat die Erfahrung gemacht, dass Cocaïn mehr leistet, als alle anderen zu diesem Zwecke verwandten Mittel. Von einer 4°/₀igen Lösung werden 2—3 Theilstriche einer Morphiumspritze ins Unterhautzellgewebe injicirt. Nach 5 Minuten ist die Anästhesie vollständig. Der anästhetische Bezirk hat ungefähr die Grösse eines Fünfmarkstückes, in die Tiefe dringt die Anästhesie bis unter die Fascie und dauert circa eine halbe Stunde. Will man die Anästhesie verlängern, so tropfe man einige Tropfen Cocaïnlösung in die Wunde und lasse sie von dort aus resorbiren. Die prima intentio wird dadurch nicht gestört. Die Tastempfindlichkeit ist völlig aufgehoben. L. bediente sich des Cocaïns bei kleinen Hautoperationen, Incisionen, Nadelextractionen und bei Jodjodkaliuminjection einer luetischen Hydrocele.

**Wölfler.** Ueber die anästhesirende Wirkung der subcutanen Cocaïninjectionen. (Wiener med. Wochenschrift Nr. 50. 1885.)

Um der kostspieligen und unbequemen Methode der localen Anästhesie mittelst des Hydramiläthers aus dem Wege zu gehen, versuchte W. subcutane Injectionen von Cocaïn, und war nach einigen Versuchen zu befriedigenden Resultaten gekommen. W. wendet eine 5°/₀ Lösung an und spritzt, nicht wie Landerer 2—3 Theilstrichen der Pravazspritze entsprechende Mengen, sondern eine halbe oder ganze Spritze ein. Es wird wie bei einer Morphiuminjection eingespritzt. Dort wo eingespritzt wird, wird die Haut und das subcutane Gewebe anästhetisch. Versuche mit 5°/₀ Lösung belehrten W., dass die Anästhesie nach 1—2 Minuten eintrat und 20—25 Minuten dauerte. Der vollkommen anästhetische Bezirk betrug im Durchmesser ungefähr 2—3 Ctm., sodann folgte ein hemianästhetischer Kreis von etwa 2—3 Ctm. im Durchmesser, so dass also die Haut in linearer Richtung in der Länge von 4—6 Ctm. anästhetisch gemacht werden konnte. 3 Ctm. tief eingestochene Nadeln wurden absolut nicht ver-



spürt. Die betäubende Wirkung trat an der Peripherie in Form von Schwere, Kältegefühl und Taubheit auf. W. hat das Cocaïn bei Entfernung kleinerer Geschwülste, bei Spaltung von Furunkeln und Abscessen und bei Neuralgien angewendet. Horovitz.

## Einfache (Oberflächliche und tiefgreifende oder phlegmonöse A.) Hautentzündungen.

**Duhring.** Vorläufige Mittheilung über das Verhältniss der Dermatitis herpetiformis zu Herpes gestationis und ähnlichen Formen von Hauterkrankung. (Medical News. 22. Novb. 1884.)

D. vertritt die Ansicht, dass der Herpes circinatus bullosus, der Pemphigus pruriginosus, der Herpes gestationis, der Pemphigus circinatus, der Herpes phlyctaenulosus, die abweichend verlaufenden Formen von Herpes iris Formen der Dermatitis herpetiformis darstellen.

**Duhring.** Ein Fall von Dermatitis herpetiformis, durch nervösen Shok erzeugt. (Amer. Journal of medic. sciences. Jänner. 1885.)

Capitain K., ein kräftiger, gesunder Mann von 34 Jahren gelangte bei einer Jagd in schlammigen Grund, in dem er versank und nahe daran war, jämmerlich umzukommen. Nach mehrstündiger Anstrengung arbeitete er sich heraus und wurde äusserst erschöpft nach Hause gebracht. Drei Tage später entstand eine Eruption von verschieden geformten und grossen Bläschen. Dieselben waren an den Beugeseiten des Ober- und Vorderarmes localisirt, waren meist stecknadelkopfgross und wurden erst nach zwei Tagen von Entzündungserscheinungen in der Peripherie gefolgt. Anfangs unempfindlich begannen sie bald zu jucken und wurden bis erbsengross. Bald entstanden neue Blasen am Rücken. Einreibungen von Olivenöl verschlimmerten den Zustand.

Um den eilften Tag herum wurde der Inhalt der Bläschen gelblich und dunkler und am vierzehnten Tage nahm sowohl die Haut, als auch die Bläschen eine dunkelrothe Färbung an und war die Haut des Stammes sowohl, als auch des Kopfes mit Blasen gedeckt, die erbsen- bis wallnussgross waren und verkrusteten. Als die Kruste abfiel, entstand ein neuer Nachschub, der aber



diesmal Pusteln producirte, die die ganze Haut bedeckten, sich gleichzeitig in allen möglichen Stadien der E- und Involution vorfanden und nur die Handteller und Fusssohlen frei liessen. Tendenz zur Gruppenbildung sowohl, als zu Confluenz war nachweislich. Im Verlaufe des nächsten Monats entwickelten sich vier ähnliche Nachschübe. Die späteren Anfälle verliefen milder als die ersten. Innerliche Behandlung vermochte die Erkrankung, die sich auf 4 Jahre erstreckte und nur kurz dauernde Intervalle vollen Wohlseins darbot, nicht zu sistiren.

**Duhring.** Fall von Dermatitis herpetiformis mit eigenthümlichen gelatinösen Veränderungen. (Medical News. 7. März 1885.)

J. S. 64 Pahre alt, Hausierer, früher stets gesund, bietet gegenwärtige Erkrankung seit 5 Jahren.

Dieselbe stellt sich immer mit dem Eintritt der schlechten Jahreszeit im Herbst ein, um im Frühjahr spontan zu schwinden. Die ersten zwei Jahre fühlte Pat. den Winter über stets nur ein heftiges Hautjucken. Erst im dritten Jahre gesellte sich zu dem Jucken eine Eruption stecknadelkopfgrosser, häufig acneähnlicher Pusteln, die rasch schwanden. Dieselben waren hauptsächlich über den Rücken verbreitet, nicht gruppirt. Aehnlich waren die Erscheinungen im vierten Winter. Dem Jucken folgte eine Eruption von Pusteln am Rücken. Zerkratzen derselben milderte das Jucken wesentlich. Im fünften Winter endlich kam es neben dem Jucken und der Pustelbildung zur Eruption nagelgliedgrosser Blasen, welche eine dicke, orangenrothe gelatinöse Masse enthielten. Dieselben entwickelten sich plötzlich, im Verlauf von 5—10 Minuten unter dem Gefühle eines heftigen Stiches an den betreffenden Stellen. Sie sassen sehr oberflächlich. Angestochen, worauf sich der Inhalt entleerte, füllten sie sich zum zweitenmal wieder mit ähnlicher Masse. Mit Eintritt der warmen Witterung sistirten die Nachschübe, die Blasen hinterliessen gelbliche Pigmentirung. Finger.

**Kroell.** Zur Aetiologie des Eczems. (Berl. klin. Woch. Nr. 40. 1885.)

Kroell weist unter Anführung mehrerer Fälle darauf hin, wie nicht nur symmetrische, sondern auch scheinbar regellose Verbreitung von Eczemen sich durch Irradiation und Reflex von ursprünglich ge-



reizten Hautstellen aus erklären lasse; es sei der centrale Connex der centripetalen und centrifugalen Nervenfasern an originärer und secundärer Eczemstelle nachweisbar. Wenn so local erzeugte von Reflex-Eczemen zu unterscheiden seien, so kamen noch die seltenen Formen hinzu, in denen eine Blutnoxe verbreitete Ausschläge schaffe; so in einer interessanten eigenen Beobachtung, nach der eine an Eczem leidende Patientin jedesmal nach mehrtägigem Arsengebrauch universales Erythem und Steigerung des vorhandenen Eczems bekam. Nach den Untersuchungen von Böhm, Unterberger, Schmiedeberg sei der Angriffspunkt des Arseniks auf die Hautnerven ein zweifellos peripherer. Verf. ist überzeugt, dass es nicht die sensiblen Nerven sein können, durch deren Reizung die Eczeme eventuell zu Stande kommen, da heftige Neuralgien in Hautnerven ohne Ausschläge und Herpes Zoster auch ohne Schmerz verlaufen können. Auch könnten die Vasomotoren nicht zur Erklärung herangezogen werden, da sie lediglich die Gefässweite zu reguliren hätten, nur Hyperämie und Anämie herbeiführen könnten. Das Zustandekommen moluculärer Aenderung der Gefässwand, d. h. der Entzündung, also hier des Eczems zu erklären, müsse man auf trophische Nerven recurriren. Caspary.

**Bockhart.** Die chir. Behandlung des chron. Eczems. (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 29. 1885.)

Eine chir. Behandlung des chron. Eczems kann nur da ihre Anwendung finden, wo kleine Hautflächen von dem Uebel ergriffen sind.

B.'s Methode besteht darin, dass man mit einem Vidal'schen zweischneidigen Lanzenmesserchen horizontale und verticale Schnitte von ca. 7 Mm. Distanz durch die erkrankte Haut führt und entsprechend der Dicke des erkrankten Hautgebietes tiefere oder seichtere Wunden setzt. Nach Reinigung der Stellen von Blut wird das ganze Gebiet mit officineller Kalilauge bestrichen bis die Epidermisschicht sich abzulösen beginnt. Nach Entfernung der Kalilauge kommt auf 24 Stunden ein Hebra'scher Diachylonsalbenverband, hierauf auf 24 Stunden ein Wasserverband. Nach Entfernung des Letzteren gewahrt man eine Geschwürsfläche mit einer Anzahl dicht beisammenstehender Hautstückchen. Jetzt werden Ueberhäutungsmittel applicirt und nach ca. 14 Tagen sind alle erodirt gewesenen Stellen über-



häutet und einige Tage später ist auch das Infiltrat geschwunden. Wenn das Eczem geheilt ist, so macht die behäutete Partie den Eindruck einer mit vielen feinen strichförmigen Narben bedeckten Stelle ohne Niveauveränderung, ohne Einbusse der physikalischen und physiologischen Eigenschaften. Diese Methode kann auch auf grosse Eczempartieen übertragen werden, wenn man die am stärksten veränderten Stellen ebenfalls so behandelt. — Vor Beginn der Scarification soll dem Kranken eine subcutane Morphiuminjection gemacht und die eczematöse Stelle selbst anästhesirt werden.

Horovitz.

## Angioneurosen der Haut (Dermatosen mit vorwaltend ausgeprägter Störung des Gefässtonus A.).

**Strübing.** Ueber acutes (angioneurotisches) Oedem. (Zeitschr. für klin. Medicin. Bd. IX. H. 5.)

Circumscripte, auf nicht entzündlicher Basis beruhende, flüchtige, aber recidivirende Hautödeme, verbunden mit Larynx- und Pharynxschwellungen, nicht selten auch mit Magen-Darmerscheinungen complicirt, machen das klinische Bild des in Rede stehenden pathologischen Processes aus. S. beobachtete folgende drei Fälle:

1. Ein 70jähriger Gymnasiallehrer hatte in seinem 25. Lebensjahre und seither noch einige Anfälle des Uebels. Nächst der beträchtlichen und entstellenden Schwellung der Gesichtshaut noch Schwellung der Pharynx- und Larynxschleimhaut, und daher Schling- und Athembeschwerden. Ein Anfall im Jahre 1883 ging mit so bedeutender Schwellung der Larynxschleimhaut und Dyspnoe einher, dass an die Tracheotomie gedacht wurde. Manchmal werden ziemlich ferne stehende Hautgebiete noch befallen, wie Penisdecke und Scrotum. Am häufigsten jedoch wird die Haut der Extremitäten ergriffen. In leichten Anfällen dauert der Process 1—2 Tage, in schweren über 3—4 Tage. Am häufigsten jedoch treten bei diesem Kranken die Magendarmerscheinungen: Erbrechen und Leibschmerzen auf. Gegen Ende der Anfälle schwinden die Schmerzen und das Erbrechen hört ebenfalls auf.

2. Bei dem einzigen Sohne des obbenannten Patienten äussert sich das Uebel in ähnlicher Weise. Häufiger als die Hautödeme, die sich zumeist nach traumatischen Einflüssen einstellen, treten bei



diesem Patienten die Magonerscheinungen auf. Auf der Höhe der schweren Anfälle liess sich im Harne eine kleine Eiweissmenge constatiren. Von den drei verstorbenen Geschwistern dieses Patienten litt noch ein Mädchen an der gleichen Krankheit.

3. Eine anämische, zart gebaute Dame hat das Leiden seit ihrem 15. Jahre. Unverkennbar ist der Einfluss psychischer Erregungen auf das Auftreten des Erbrechens. Vor fünf Jahren starke Oedeme der Augenlider. Harn albuminfrei.

Die Hautödeme erklärt sich S. als Folgen der gesteigerten Erregbarkeit der Vasodilatatoren und stützt seine Ansicht auf das bekannte Ostroumoff'sche Experiment. Die Magensymptome, die viel Aehnlichkeit mit den „gastrischen Krisen“ Charcot's haben, lassen sich nicht ohne weiters von einer ödematösen Durchtränkung der Magenschleimhaut ableiten und man muss vielmehr auch hier an besondere Nerveneinflüsse denken. Horovitz.

## Neuritische (durch Erkrankung sensibler Nervenelemente bedingte A.) Dermatosen.

**Strübing.** Herpes Zoster und Lähmung motorischer Nerven. (Deutsches Archiv f. klin. Med. 37. Bd.)

Herpes Zoster kommt in seltenen Fällen mit Lähmung motorischer Nerven complicirt vor. Bald beginnt das Uebel mit Zoster, an welchen sich die Lähmung anschliesst, bald schliesst sich der Zoster an die vorgängige Lähmung an. Lähmung und Zoster sind bald Folge einer centralen, bald Folge einer peripheren Läsion des Nervensystems, oder es handelt sich um eine Erkrankung des Intervertebralganglions.

Handelt es sich um eine periphere Läsion, dann kann entweder der Stamm eines gemischten Nerven getroffen werden, d. h. eines Nerven, der neben sensiblen noch motorische und trophische Fasern führt, oder die Entwicklung der peripheren Fasern eines Nerven übergeht auf die benachbarten peripheren Fasern eines zweiten Nerven, um schliesslich in diesem letzteren aufzusteigen, um ihn vom Stamme aus gänzlich zu lähmen.

S.'s Fall bot folgende Erscheinungen dar: Bei einer an Hemicranie leidenden 52 Jahre alten Frauensperson trat nach sehr intensiver Zugluft heftiger, bis 15 Minuten dauernder Schmerz in der





linken Gesichtshälfte auf. Dieser Schmerz wiederholte sich an den beiden folgenden Tagen, um dann einem starken Brennen der Haut der linken Gesichtshälfte und der linken Halsseite Platz zu machen. Hierauf kam es zur Bildung von Herpesbläschen und am siebenten Tage der Erkrankung war die linke Gesichtshälfte gelähmt. Am zahlreichsten waren die Bläschen um das linke Ohrläppchen entwickelt; einige Bläschen waren längs des Unterkiefers, der Kinngegend, auf der äusseren Seite der Wange, vorne in der oberen Halsgegend und hinten im Nacken. Links völlige Lähmung der Gesichtsmusculatur, Mund nach rechts verzogen, der linke Mundwinkel hängt herab; der Augenverschluss ist links unvollständig, der Lidschlag fehlt und das Auge thränt. Uvula und Gaumensegel intact, keine Gehörsstörung, keine Störung der Speichelabsonderung. Im Anfange keine Alteration der elektrischen Erregbarkeit. Später jedoch konnte Entartungsreaction constatirt werden.

Den Zusammenhang zwischen Zoster facialis und Facialislähmung erklärt S. aus einer primären Entzündung der sensiblen Trigeminusfasern und dem Fortschreiten der Entzündung auf die Facialiszweige, wobei die Entzündung auf den Stamm des Facialis aufstieg. Horovitz.

## **Stauungsdermatosen** (Dermatosen mit **vorwaltend passiver** Circulationsstörung A.).

**Magelssen.** Ueber die Behandlung der Sclerodermia faciei, (Norsk Magazin for Laegevidenskaben 7. Heft, pag. 425, 1885.)

Ein 24jähriges Dienstmädchen, an Sclerodermie des Gesichtes und der behaarten Kopfhaut leidend, stellte sich gegen Weihnachten 1881 beim Verf. vor. Ihr beinahe unbewegliches Gesicht bot ein sehr eigenthümliches Aussehen dar. Die rechte Gesichtshälfte war ziemlich stark angeschwollen und bläulichroth, währenddem die Haut an der linken Seite graublass, atrophisch, zum Theil narbenartig eingezogen, pigmentirt war und straff an den Gesichtsknochen anlag. Der linke Mundwinkel war schief aufwärts verzogen, unter den beiden Augen Oedem. Bei Palpation wurde die ganze rechte Gesichtshälfte als eine ziemlich gleichmässig feste Anschwellung gefühlt, in der Mitte jedoch war eine besondere, sehr harte, nussgrosse, unbeweglich in der fossa canina situirte Geschwulst zu bemerken. Eine ähnliche, harte,



erbsengrosse Geschwulst wurde über dem Processus nasalis maxillae sup. dext. gefühlt.

Die Palpation der linken Wange zeigte, dass der Panniculus adiposus fast vollständig geschwunden, und dass die Schleimhaut und die Haut dieser Wange straff mit einander verlöthet waren. Die atrophische Haut war hier sehr kühl anzufühlen. Auch die ganze linke Regio parotidea war von einer bretharten, unbeweglichen Infiltration eingenommen. Auch an der Pars capillata war die Haut an einigen kleinen Partien in ähnlicher Weise afficirt und ganz kahl. Patientin klagte über ziemlich starke neuralgische Schmerzen in den beiden Gesichtshälften, über ein Gefühl von Steifigkeit des Gesichtes mit mangelnder Herrschaft über das Letztere, so dass sie sich z. B. oft während der Mahlzeiten biss. Es war ihr auch schwierig den Mund zu öffnen und zu kauen. Auch klagte sie über die Absonderung einer reichlichen Menge von zähem Speichel und über ein fortwährendes Kopfweh. Die Krankheit hatte 4 Jahre früher mit einem kleinen, juckenden Fleck an der linken Wange angefangen und sich stets weiter entwickelt, bis sie Anfang Februar 1881 in die Universitätsklinik für Hautkrankheiten eingetreten ist. Es war damals namentlich starke Anschwellung der beiden Gesichtshälften vorhanden. Sehr bedeutende Besserung wurde jetzt namentlich mit Emplastrum hydrargyri, Emplastrum de Goa und Jodoformcollodium äusserlich und Arsenik und Tonica innerlich erzielt; aber schon einen Monat nach der Entlassung fing die Krankheit wieder an sich stärker zu entwickeln. Verf. griff dann zur Massagebehandlung. Schon nach einer Woche war bei dieser Behandlung die mehr diffuse Infiltration um den festen Knoten an der rechten Wange zwar nicht vollständig verschwunden, jedoch so bedeutend kleiner geworden, dass das Volum des Gesichtes an dieser Seite dem Anscheine nach normal geworden war.

Gleichzeitig haben die neuralgischen Schmerzen aufgehört, die zähe Speichelsecretion ist weniger ausgiebig geworden und das Gefühl von Steifigkeit des Gesichtes war bedeutend gebessert. Auch der feste Knoten der rechten Wange war mehr beweglich geworden. Die Patientin selbst war ausserordentlich zufrieden mit dem errungenen Resultate. Die Behandlung wurde jetzt ausgesetzt, musste aber nach einiger Zeit wieder aufgenommen werden, da die Krankheit sich offenbar in einer recidivirenden Periode befand. Es bilden sich näm-



lich ab und zu, wenn man wegen der Beschäftigung des Mädchens mit der Massage aufzuhören genöthigt war, kleine neue Knoten im Gesichte. Auch die circumscripten, harten Knoten selbst wurden jetzt mit der Massage angegriffen und zwar in der Weise, dass sie einem continuirlichen Druck mit dem Daumen ausgesetzt wurden. Schon nach einigen Tagen wurden namentlich die neuen, kleineren Knoten kleiner, und nach acht Tagen schwanden sie vollständig für den Fingerdruck; einige Minuten, nachdem der Druck aufgehört hatte, traten sie jedoch wieder — hervor. Als aber jetzt auch die Patientin selbst mehrmals täglich die Manipulation ausführte, waren die Knoten nach dem Aufhören des Fingerdruckes im Monate Februar 1882 vollständig geschwunden ohne Narben zu hinterlassen.

Die älteren schon 3—4 Jahre bestehenden Knoten zeigten sich allerdings viel hartnäckiger, aber auch diese schwanden am Ende vollständig im Laufe der Monate März und April. An den Stellen, wo sie gesessen hatten; bildete sich hier eine entsprechende Narbencontraction und Atrophie. Die üblen sowohl objectiven wie subjectiven Folgen dieser Atrophie konnten ebenfalls bei von Seite der Pat. selbst fortgesetzter Massage beseitigt werden, kehrten aber zurück, wenn sie die Behandlung versäumte. October 1882 stellte Pat. sich wieder vor mit einer Recidive unter dem rechten Auge, welche jedoch nach 14tägiger Massage vorüber war. Im December 1882 bildete sich in wenigen Tagen ein ziemlich grosses, schmerzhaftes Infiltrat in und unter der Haut etwas auswärts vor dem linken Nasenflügel, welches auch nach 4 Tagen schon beseitigt war. Im Januar 1883 ein neuer, sehr schmerzhafter, aber noch weicher Knoten von dem Umfange einer kleinen Bohne über dem linken Arcus zygomaticus, welchen Pat. aus Furcht vor Schmerzen nicht anrührte; bei vorsichtigem, allmählich zunehmenden Druck konnte er jedoch in einer einzigen Sitzung zum Schwinden gebracht und durch fortgesetzte Selbstmassage in 6 Tagen geheilt werden. Im November 1883 und März 1884 Recidive an derselben Stelle, welche bei derselben Behandlung bewältigt wurde. Später sind keine neuen Knoten aufgetreten.

Verf. betont, dass bei keinem von den frühzeitig behandelten Knoten eine Narbe oder Atrophie entstand. Die Affectionen der behaarten Kopfhaut wurden nicht behandelt. Pat. wurde im Januar 1885 in das Reichshospital wegen Phthisis pulmonum aufgenommen, welcher Krankheit sie im März erlag. Boeck.



**Favier.** Beobachtungen über Lymphfisteln. (Annales de la derm. et de syphiligr. Tom. VI. Nr. 6. 1885.)

Ein Soldat, der acht Tage vorher einen Hufschlag auf dem linken Unterschenkel erhalten hatte, zeigt an der vorderen Fläche des Unterschenkels ungefähr an der Grenze des unteren Viertels derselben einen weichen graugelben Schorf, von der Grösse eines 5 Francstückes, welcher scheinbar die Haut in ihrer ganzen Dicke durchsetzt.

Die Umgebung zeigt Röthung und Schwellung. Nachdem der Schorf durch Maceration entfernt war, kam eine Wunde von gewöhnlichem Aussehen zum Vorschein, welche unter Glycerinverband nicht heilte, sondern ulcerirte und sich vergrösserte. Der Kranke wurde aufgenommen und Bettruhe verordnet. Die Wunde vernarbte bis auf die Grösse eines 50 Centimesstückes, secernirte reichlich seröse Flüssigkeit, die zu fibrinähnlichen Belegen gerann. Die Secretion war so reichlich, dass die Verbände immer bald durchnässt wurden und kam aus einer stecknadelkopfgrossen Oeffnung in Mitte der Wunde. Die secernirte Flüssigkeit enthielt viele Leucocythen. Bei Compression oberhalb der Wunde wurde die Secretion stärker, durch Anlegen einer Binde von den Zehen bis zur Wunde konnte man aus der Oeffnung Secret austreten sehen.

Trotz Compressionsverbänden, Ferrum sesquichlorat., Cauterisation mit dem Glüheisen etc. konnte man die Secretion nur für wenige Tage unterdrücken; die Wunde heilte unter Anwendung von Jodoform und Compression schliesslich nach sechs Wochen.

Favier hält es für unzweifelhaft, dass es sich um eine Verletzung eines grösseren Lymphgefässes gehandelt habe und empfiehlt zur Behandlung ähnlicher Fälle Jodoform mit oder ohne Compression.

Riehl.

## Epidermidosen (Wachsthums-Anomalien der Haut von epithelialem Ursprung und Typus A.).

**Campana.** Mittheilung über die Histiologie der Psoriasis. (Clinica dermopatica e sifilopatica della Ra. Univ. di Genova. II. 2. 1885.)

Campana fand ausser den bisher bekannten Befunden, dass bei Psoriasis vulgaris die Zellen bis in die obersten Schichten der

Epidermis sich vermehren, Kerne führen, daneben aber hydropische, gequellte Zellen vorhanden sind, zwischen denen und in denen intra- und intercellulare Räume entstehen, die Lymphzellen halten. Aus diesem Befunde schliesst C., dass es sich bei der Psoriasis nicht um einen chronischen Entzündungsprocess der Cutis allein handle, als dessen wichtigste Phase Verhornung und atypische Vermehrung der Epidermidalschichten auftritt, sondern die Psoriasis stelle einen Entzündungsprocess sämmtlicher Schichten der Cutis und Epidermis dar, der stark an die katarrhalischen Entzündungen der Haut erinnert, und eine Activität der zelligen Elemente darbietet, wie sie eben den Entzündungsprocessen zukommt. Allerdings aber handle es sich um eine Entzündung, die durch Verlauf, Entwicklung, eine charakteristische anatomische Structur annimmt und von dem einfachen Entzündungsprocess wesentlich verschieden ist. Die Ursachen des Processes sind für C., der die bisher gefundenen Mikrophyten nicht anerkennen will, noch unbekannt. Finger.

**Lassar.** Mikroorganismen des Lichen ruber. Vortrag, gehalten in der „Physiologischen Gesellschaft zu Berlin". (Deutsche med. Woch. Nr. 32. 1885.)

In der Sitzung der Physiologischen Gesellschaft zu Berlin vom 31. Juli d. J. demonstrirte L. im Anschlusse an eine kurze klinische Darstellung dieser Dermatose die von ihm in den Gewebsschnitten aufgefundenen Mikroorganismen. Bei Färbung der Schnitte in Fuchsin-Bismarckbraun und Untersuchung mit homogener Oelimmersion erkennt man zahllose, scharf gezeichnete, roth auf braunem Grunde erscheinende, in zooglöenartiger Anordnung befindliche, unendlich kleine, in ihrem grössten Durchmesser nur ein Bruchtheil eines Gonococcus messende, deutlich stäbchenartige Gebilde, welche hauptsächlich in den präformirten Lymphwegen und in den mit diesen communicirenden Bindegewebstücken zu liegen scheinen.

Hochsinger.

**Weyl.** Bemerkungen zum Lichen planus. (Deutsche medic. Wochenschr. Nr. 36. 1885.)

Die ersten anatomischen Veränderungen der Haut bei Lichen planus bestehen darin, dass in ein bis zwei Papillen die Capillarenlumina bedeutend breiter werden, die Capillaren selbst einen mehr



geschlängelten Verlauf haben; das angrenzende Rete zeigt keine Veränderungen, dagegen sind die Gefässe der obersten Schichten der Cutis verbreitert und das perivasculäre Bindegewebe gewuchert. Erst wenn eine grössere Zahl von Papillen in Mitleidenschaft geräth, zeigt die Epidermis folgende Veränderungen: Entsprechend den weissen Punkten ist die normal aus 2—3 Reihen Granulosenzellen bestehende Schicht verbreitert und zählt oft mehr als 6—7 Zellenreihen. Die Hornschicht über der verbreiteten Granulosenschicht spaltet sich in drei Strata: 1. in ein oberes, festes dunkles Stratum; 2. in ein lockeres, breites helles Stratum mit nicht sichtbaren Kernen, und 3. in ein dunkles, schmales festes Stratum, unter welchem das normale Stratum lucidum zu sehen ist. An den so veränderten Stellen bemerkt man, dass das Rete eine solche Verbreiterung nach unten erfährt, dass dadurch die Papillen abgeflacht oder gänzlich zum Schwunde gebracht werden. Durch das verdickte Rete sind oft die unveränderten Schweissdrüsengänge zu sehen. Mit der Reteverdickung ist nicht constant eine Zunahme der Granulosenschicht oder Hornschicht vergesellschaftet. Die Retezellen zeigen weder in Grösse, noch in Gestalt, noch in der Anordnung etwas Abnormes. Die Lichenplaques bestehen aus einer verschieden grossen Anzahl solcher Reteverdickungen, zwischen diesen ist das übrige Rete verdünnt. Das Corium der Plaques ist in ein zartmaschiges, mit elastischen Fasern durchsetztes Bindegewebe umgewandelt. An den Zellen der Haarbälge keine Veränderung.

Die Quelle der Knötchen erklärt W. aus der Reteverdickung und der mit derselben einhergehenden Abflachung der Papillen. W. hält, klinisch wie anatomisch, Lupus erythematodes, Lichen planus, eventuell auch Acne varioloformis für ähnliche Processe.

**Bockhart.** Zur Unna'schen Behandlung der Lichen ruber. (D. med. Wochenschr. Nr. 22. 1885.)

Es ist der zweite Fall von Lichen ruber, den B. nach Unna's Methode behandelte und heilte. Es handelt sich um ein acht Jahre altes Bauernkind, welches seit sechs Monaten an einer Hautkrankheit litt, die als Eczem angesehen und ohne Erfolg behandelt wurde. B. constatirte bei der ersten Untersuchung einen klassischen Lichen ruber acuminatus mit deutlicher Knötchenbildung an den oberen Extremitäten, im Gesichte und den zuletzt betroffenen Körperstellen. —



Zweimal täglich Application der Unna'schen Salbe: Ac. carbol. 20,00, Sublimat. 1,00, Ung. diachyl. 500,00. Nach 14tägiger Behandlung Schwund der Knötchen und Rückkehr der Haut zur normalen Beschaffenheit. Keine unangenehmen Nebenwirkungen.

Horovitz.

**Nothnagel.** Zur Pathologie des Morbus Addison. (Zeitschrift für klinische Medicin. Bd. IX. H. 3 u. 4.)

Vf. hebt zunächst hervor, dass die Pigmentvertheilung in der Haut bei Morbus Addison sich genau so verhält, wie bei der normaler Weise dunkel gefärbten Haut brünetter Individuen und dunkelfarbiger Menschenracen, bei Pigmentanomalien anderer Art, wie bei Graviden und Puerperen, und in der broncefarbigen Haut der Phthisiker.

Uebergehend auf die Provenienz des Pigmentes bestätigt N. die Beobachtung von Perls, dass das Pigment bei Morbus Addison bei Behandlung mit Ferrocyankalium und Salzsäure keine Eisenreaction gebe, ist jedoch der Ansicht, dass dies nicht der hämatischen Abstammung widerspreche, denn das eisenhältige Pigment könne sich in einer solchen Verbindung mit den Zellen befinden, dass es die Berlinerblau-Reaction nicht geben könne. (Referent ist in der angenehmen Lage, diese Anschauungen bestätigen zu können.) Bezugnehmend auf die Arbeiten von Ehrmann und Riehl über die Provenienz des Hautpigmentes stützt N. die daselbst ausgesprochene Ansicht, dass das Pigment im Chorion entstehe und durch bewegliche Zellen in die Epidermis getragen werde. Das Pigment ist im Chorion in verzweigten Zellen enthalten, die sich hauptsächlich um die Gefässe gruppiren, besonders dicht um die Gefässe mit capillärem Charakter. Das Pigment in den verzweigten Chorionzellen entsteht nach N. aus dem Blutfarbstoff und stimmt mit dem von Recklinghausen beschriebenen rothbraunen oder goldgelben Pigmente überein, dessen hämatogener Ursprung notorisch ist, im Gegensatze zu dem schwarzbraunen, bisweilen sogar sepiaartigen Farbstoff in melanotischen Tumoren, dessen hämatische Abstammung noch vielfach bestritten wird.

N. erörtert nun die Frage, auf welche Weise der Blutfarbstoff aus den Gefässen in die beweglichen Zellen des Chorions gelangen könne. Die Möglichkeit, dass das Pigment gar nicht aus dem Blute stamme, sondern aus den Nebennieren und von der Blutbahn fortgeschafft werde, hält N. schon dadurch hinlänglich widerlegt, dass





das Bild des Morbus Addison bei ganz unversehrten Nebennieren vorkommen kann und anderseits Erkrankungen von Nebennieren ohne Hautverfärbungen angetroffen werden. Dass der Blutfarbstoff in der Blutbahn selbst frei werde und allein durch die Gefässwand hindurch trete, ist eine ganz unbegründete Annahme. Eine Melanämie bei Morbus Addison habe Niemand beobachtet, auch N. nicht.

Die Angaben über die Veränderung der Formelemente des Blutes und der chemischen Zusammensetzung widersprechen einander im Falle Laschkewitsch, der ebenfalls vielfache Formveränderung der Blutkörperchen beobachtete. Blutkörperchen, die in toto aus den Gefässen auswandern, hat nur Rougét beobachtet, indem er am Schwanze der Amphibienlarve den Austritt von Blutzellen und deren Aufnahme in Wanderzellen gesehen hat. Bei der vollständigen Uebereinstimmung der Pigmentvertheilung beim Neger und in dunklen Hautpartien bei weissen Menschenracen erscheint es N. als unzweifelhaft, dass die Pigmentaufnahme hier wie dort auf dieselbe Weise vor sich gehe. Ueber die Ursache, warum bei Morbus Addison die Zellen des Chorions so viel Pigment aufnehmen, spricht sich N. dahin aus, dass es sich wohl um bisher unbekannte nervöse Einflüsse handeln dürfte und keineswegs um primäre Alteration im Blute selbst. Die erwähnten Einflüsse machen sich nicht auf die pigmentaufnehmenden Chorionzellen, sondern vielmehr auf die Blutgefässe der Haut geltend.

N. spricht die begründete Vermuthung aus, dass es sich hier um eine Erkrankung des Sympathicus (splanchnicus und des Grenzstranges) handle, wofür namentlich die Uebereinstimmung der Addison'schen Hautverfärbung mit der der Graviden, dann bei Carcinom der Unterleibsorgane spreche, denn bei den erwähnten Erkrankungen handle es sich ebenfalls höchst wahrscheinlich um eine Erkrankung des benachbarten sympathischen Nervengeflechtes, vielleicht durch Infiltration der Retroperitonealdrüsen, Retroperitonitis etc.

N. bespricht zuletzt die Bedeutung der Anämie, welche mit der eigenthümlichen Hautverfärbung, den Magen- und Darmerscheinungen nach Addison das klinische Bild der Krankheit ausmacht. Sie bildet nach N. kein specifisches wesentlich primäres Symptom, ist auch nicht immer ausgesprochen, und in N.'s Fällen war sie nie so hochgradig, wie nach Blutverlusten, bei der progressiven, perniciösen Anämie, oder selbst wie bei Chlorose. Auch in den Fällen anderer Autoren fehlt dieses Moment, ein anderes Mal ist es vorhanden, dafür aber ist das



Bild der Asthenie in allen Fällen hervorragend, namentlich ist es die geringe Energie der Herzthätigkeit. Die objectiven Symptome der Anämie, die systolischen Blutgeräusche, das Venensausen fehlen bei Morbus Addison fast ausnahmslos. In einem Falle, der ein 20jähriges Individuum betrifft, hat v. Jaksch starke Acetonurie constatirt, und Scheimpflug, welcher auf N.'s Veranlassung Untersuchungen über Darmatrophie angestellt hatte, wies in diesem Falle bestimmte, wenn auch nicht hochgradige Veränderungen im Darmendplexus nach. Die Nebennieren waren vergrössert, käsig degenerirt, die Ganglia coeliaca in Wucherungen des Bindegewebes eingeschlossen. Der N. splanchnicus, obwohl der Kranke mulattenartig gefärbt war, von normaler Beschaffenheit (entgegen den Angaben von Jürgensen).

Ehrmann.

**Lassar.** Ueber local-infectiöse Basis gewisser Alopeciaformen. (Berl. klin. Wochschr. Nr. 35. 1885.)

In der Berliner medicinischen Gesellschaft stellte Lassar zwei von Alopecia areata geheilte (oder nahezu geheilte) Individuen vor. Seine Meinung in einem Streite zwischen v. Sehlen und Michelson gibt er dahin ab, es könne die kreisförmige Alopecie ohne jede Irritation der Umgebung verlaufen (was M. für pathognostisch erklärt) oder auch einmal von Schuppung und Absonderung begleitet sein (v. Sehlen's Ansicht). Der Process könne von selbst abheilen, wie jedes infectiöse Leiden, doch sei keine Gewähr dafür vorhanden, ob Regeneration oder bleibende Kahlheit zu erwarten sei. Durch seine (Lasser's) Therapie: Theerseife, 2% Sublimatlösung, Spiritus, Salicylöl (s. diese Vierteljahrsschr. 1883, S. 625) — sei es möglich, den Process vom ersten Tage der Behandlung an zum Stillstand zu bringen, um vollständige Regeneration einzuleiten. Uebrigens habe das auf dem Lande zu Pomaden benützte Pferdekammfett, vielleicht wegen leichterer Resorbirbarkeit, sich zur Aufnahme von Salicyl und Carbol nützlich erwiesen.

Caspary.

## Chorioblastosen (Wachsthums-Anomalien der Haut von bindegewebigem Ursprung und Typus A.).

**Cornil et Alvarez.** Ueber die Microorganismen des Rhinoscleroms. (Ann. de Dermatologie et de Syphiligraphie Tome VI. Nr. 4. 1885.)





Cornil und Alvarez haben bei ihren vor zwei Jahren vorgenommenen Untersuchungen den Mikroorganismus des Rhinoskleroms nicht gefunden. Nachdem sie jedoch geringe Modificationen der Färbetechnik vorgenommen hatten, fanden sie denselben constant in vier von Alvarez und in einem von Verneuil abgetragenen Knoten. Sie wählten als färbende Substanz Violet 6 B, in dem sie die Schnitte durch 24 Stunden liegen liessen, wendeten dann Jodlösung an und entfärbten mit Alkohol und Nelkenöl. Wenn sie so vorgegangen waren, so sahen sie Stäbchen von $2^1/_2$—3 $\mu$ Länge und 0·4—0·5 $\mu$ Breite. Die Stäbchen zeigen stärker gefärbte Körner, welche Sporen gleichen, der Rand des Stäbchens überragt die Körnchen ein wenig. Genau erkennt man die Gestalt aber erst dann, wenn man die Schnitte 48 Stunden in eine $2^1/_2{}^0/_0$ Lösung von Violet 6 B gefärbt und durch 48 Stunden in absolutem Alkohol entfärbt hat. Sie bieten eine ovoide Gestalt dar, deren Peripherie durch eine transparente hyaline Substanz umgeben ist, diese ist leicht blauviolet gefärbt und umgibt die Stäbchen wie eine Kapsel. Im Centrum dieser Kapsel liegt das Stäbchen, das bald homogen und glatt und stark gefärbt, bald von zwei bis drei oder vier runden oder ovoïden Körnern, die ebenfalls sehr dunkel gefärbt sind, gebildet ist. Um das Stäbchen herum findet sich immer ein lichter Saum. Viele dieser eingekapselten Stäbchen liegen frei im Gewebe, zwischen den Fibrillen des Reticulums, um die grossen Zellen, in den Zwischenräumen des Reticulums oder in den oberflächlichen oder tiefgelegenen Lymphgefässen.

Zuweilen vereinigen sich mehrere dieser Bacterien und verschmilzt ihre sie umgebende Substanz zu einer unregelmässigen Figur. Liegen nur 4—5 beisammen, so färbt sich die gemeinsame Kapsel nur wenig, wenn sie aber in grosser Menge beisammen liegen, dann färbt sich die colloïde periphere Substanz namentlich im Centrum stark, so dass man die Stäbchen nur mehr an der Peripherie dieser Agglomeration erkennen kann. Diese können sich unabhängig von allen Zellen zeigen, aber am häufigsten liegen sie in den grossen Zellen des Neugebildes. In den Lymphgefässen bilden die Stäbchen eine Bordure längs der Gefässwand, in Berührung mit den endothelialen Zellen, einzelne liegen frei im Gefässe. Zuweilen findet man auch welche in den Blutgefässen. Durch die Form und die Farbreaction und die hyaline färbbare Kapsel, ist der Bacillus wohl charakterisirt, so dass man bei ihrem constanten Vorkommen annehmen kann, dass sie die Ursache des Rhinoskleroms sind. Reinculturen, die Frisch in Wien



gelungen, konnten Cornil und Alvarez nicht anlegen, weil sie keine frischen Fälle hatten. v. Zeissl.

**Hammer.** Ueber Mycosis fungoides (Alibert). (Mittheilungen der med. Klinik zu Würzburg, I. 1885.)

Eine 35jährige Buchhaltersfrau aus Aschaffenburg erkrankt im Jahre 1881 an stark juckenden Urticariaeruptionen am Stamme und den Extremitäten, 1882, 4 Monate nach der Entbindung an beiderseit. Mastitis, Ende 1883 an pustulösen Eruptionen an den Unterextremitäten mit Geschwüren zwischen den Zehen und an den Fusssohlen und circa anum, im Februar 1884 an rapid aufschiessenden und theilweise spurlos wieder verschwindenden Knotenbildungen zuerst am Halse und an der Brust und später an anderen Körperstellen. Syphilitische Infection war bestimmt nicht vorausgegangen.

Bei der im Monat März 1884 erfolgten Aufnahme der Kranken an die Würzburger dermatologische Klinik zeigt sich, dass die allgemeine Decke der Patientin zu einer dunkelrothen bis tiefschwarzbraunen, schuppenden Hautfläche umgewandelt ist, welche fast überall von erbsen- bis wallnussgrossen, theils weichen und succulenten, theils derben und festen, breit oder etwas gestielt aufsitzenden, hell- bis dunkelbraunrothen, stellenweise exulcerirten und eine seröse Flüssigkeit absondernden Knoten durchsetzt ist. Normale Haut findet sich nur am behaarten Kopfe, an der Nase, den Ohrmuscheln, an den Streckseiten der Ober- und Vorderarme, sowie in einzelnen kleinen Inseln im Gesichte. Ein zehnpfennigstückgrosses, flach muldenförmiges oberflächliches Geschwür findet sich über der linken Spina. ant. sup. oss. il. Sämmtliche subcutane Lymphdrüsengruppen sind sehr stark, die Achseldrüsen bis zur Faustgrösse geschwellt.

Aus dem weiteren Krankheitsverlaufe, welcher bis zu dem Ende Juni 1884 erfolgten Exitus noch etwa 3 Monate währte, sind als besonders auffallende Erscheinungen hervorzuheben: 1. Das fast continuirliche, sehr häufig bis 40° und darüber ansteigende mit neuen Knoteneruptionen und ödematösen Schwellungen der Extremitätenhaut verbundene Fieber. 2. Das Auftreten von ausgedehnten Geschwürsbildungen durch Zerfall der Knoten am Halse, im Gesichte, dem Rücken und den Extremitäten, welche namentlich gegen Ende jauchigen Charakter annehmen. 3. Die massenhafte und rapide Eruption neuer Knoten an den verschiedensten Körperstellen. 4. Die rasche

Ausbildung eines hochgradigen allgemeinen Erschöpfungszustandes und Marasmus, welche ohne sonstige auffallende Erscheinungen zum tödtlichen Ausgange führten.

Bezüglich des von Prof. Rindfleisch verfassten Obductionsbefundes verweisen wir auf die in der deutsch. med. Wochenschr. (April 1885) erschienene diesbezügliche Abhandlung und das auf S. 107 dieser Vierteljahresschrift erstattete Referat darüber und erwähnen hier nur der in Form verzweigter weisslicher Herde und Flecken constatirten metastatischen (?) Lungenaffection und der von Rindfleisch beschriebenen eigenthümlichen Veränderung des Rückenmarks.

Das histologische Structurbild der post mortem excidirten Knoten ist das gewöhnliche der Mycosisknoten. Rundzelleninfiltration des Corium mit fein reticulirter Zwischensubstanz.

Das Hauptergebniss der mikroskopischen Untersuchung der Knoten, nachdem Schnitte derselben nach der Gram'schen Methode gefärbt worden waren, ist die Constatirung einer ganz enormen Streptococcenwucherung in den Blutgefässen und Lymphräumen der kranken Hautpartien, ferners in den Capillaren der infiltrirten Lungenpartien ? (die rechte Lunge befand sich im Zustande hochgradiger Fäulniss! Ref.) sowie in denen der parenchymatös entzündeten Nieren, wie bereits aus der Publication von Rindfleisch zu ersehen war.

Während nun Rindfleisch nach diesem Befunde es für nicht zweifelhaft hält, dass der von ihm hier gesehene Streptococcus der ursächliche Krankheitserreger der Mycosis fungoides ist, scheint Hammer, offenbar durch den ganz ungewöhnlichen, hochfebrilen Krankheitsverlauf seines Falles etwas irre gemacht, nicht ganz im Klaren, ob er es nicht vielleicht mit einer complicirenden septico-pyämischen Infection zu thun hätte, zumal intra vitam keine mikroskopische Untersuchung des Knotengewebes vorgenommen worden war, welche schon zu dieser Zeit das Vorhandensein von Mikroorganismen in dem erkrankten Gewebe hätte ergeben müssen, neigt sich aber schliesslich doch zu der von Rindfleisch vertretenen Anschauung.

Sonst finden wir in dieser Abhandlung noch eine Zusammenstellung der wichtigsten bisher publicirten, einschlägigen Fälle, worunter wir allerdings einige Dinge aufgenommen sehen, die mit der Mycosis fungoides absolut nichts zu thun haben, so den Herpes vegetans Auspitz (Impetigo herpetiformis Hebra), die Derma-

titis papillomatosa capillitii Kaposi, den Fall von Port, der nach der Schilderung desselben als multiple Sarcombildung zu deuten ist und die fünf in dem Lehrbuche der Hautkrankheiten von Kaposi mitgetheilten Fälle von multiplem idiopathischem Pigmentsarcom der Haut, welches eine von dem Granuloma fungoides grundverschiedene Affection darstellt, wie Ref. an einem gegenwärtig an der Kaposi'schen Klinik in Wien in Beobachtung stehenden Falle der bezeichneten Kategorie zu sehen Gelegenheit hatte.

Auf die Vernachlässigung der vom Referenten unter Auspitz's Leitung bereits im December 1884 dargelegten Coccenbefunde bei Granuloma fungoides wurde schon an anderer Stelle hingewiesen. (vide „Zur Frage des Granuloma fungoides". Diese Vierteljahrschr. IV., 1884.)

**Hallopeau.** Ueber Mycosis fungoides. (Revue des Sciences médicales. S. 747. 1885.)

Hallopeau gibt eine kritische Uebersicht über die bisher publicirten Abhandlungen über Mycosis fungoides, hebt hervor, dass bezüglich der pathologischen Anatomie diese Affection noch sehr wenig Uebereinstimmung unter den Autoren herrsche, dass insbesondere zwei grundverschiedene histologische Auffassungen herrschen, indem Lymphadermia cutis einerseits und Sarcomatosis generalis anderseits als die dem anatomischen Vorgange adäquaten Bezeichnungen aufgestellt wurden, während späterhin Auspitz die Mycosis fungoides Aliberti unter dem Namen Granuloma fungoides zu den Chorioblastosen im Anschlusse an Tuberculose, Lepra, Lupus, Syphilis, Rhinosklerom fügte, bis Neisser dieselbe als Krankheit sui generis in die Gruppe der chronischen Infectionskrankheiten einreihte.

Diese letztere Auffassung gewinnt besonders an Plausibilität durch die Ergebnisse der neueren bacteriologischen Forschungen, welche zur Auffindung eines eigenthümlichen Mikroorganismus in den erkrankten Hautpartien (Auspitz, Hochsinger und Schiff) und in den Blutgefässen der Knoten (Rindfleisch) geführt haben.

**Vidal et L. Brocq.** Etude sur le Mycosis fungoïde. (La France médicale Nr. 79—85. II. 1885.)

In einer ausführlichen Arbeit über Mycosis fungoides geben V. u. B. vor Allem einen geschichtlichen Ueberblick über die Kenntniss



dieser zuerst von Alibert beschriebenen, dann von Biett, Cazenave, Devergie, Gibert beobachteten und mit dem „Pian" der Amerikaner identificirten Dermatose, bezeichnen Bazin als denjenigen, der zuerst die besondere Natur dieser Krankheitsform erkannte und gehen dann auf die durch histologische Untersuchungen erläuterten Darstellungen Gillot's und Ranvier's (1869) und der späteren französischen Autoren über, aus denen die Auffassung der Mycosis fungoides als Lymphadenia cutis hervorging, während die unter verschiedenen Bezeichnungen publicirten Fälle fremdländischer Autoren (Köbner, Geber, Duhring, Navins, Hyde, Kaposi) zur Erkenntniss der rein sarcomatösen Natur der fraglichen Dermatose führen sollten.

Aus den nun ausführlich beschriebenen sechs einschlägigen Krankheitsfällen der Beobachtung Vidal's entstammend, welche sämmtlich letal endeten, geht hervor, dass in Bezug auf den klinischen Verlauf zwei Formen von Mycosis fungoides zu unterscheiden seien: eine, welche die eigentlich vollkommen ausgebildete, in drei Stadien, als St. eczematiforme, St. lichenoides, St. mycofungoides verlaufende, durch Neigung zu universeller Ausbreitung ausgezeichnete Mycosis fungoides darstellt (Fall III, V und VI, letzterer besonders typisch) und eine zweite, bei welcher die beiden ersten Stadien fehlen und nur das letzte Stadium der mycofungoiden Tumoren zur Entwicklung gelangt ist — Mycosis fungoides d' emblée (Fall I, II, IV). Der Unterschied zwischen diesen beiden Formen ist aber kein principieller; sind einmal die Knoten ausgebildet, so verlaufen beide analog und enden letal.

Der klinische Verlauf ist im Allgemeinen der, dass zuerst erythem-urticaria- oder eczemartige, theils disseminirte, theils confluirende, heftig juckende, späterhin schuppende Efflorescenzen an der allgemeinen Decke ohne bestimmte Localisation und ohne wesentliche Betheiligung der tieferen Hautschichten auftreten (I. Stadium von mehrmonatlicher bis jahrelanger Dauer, Fall VI); im weiteren Verlaufe kommt es an einzelnen Stellen zu derber und diffuser Infiltration der tieferen Coriumschichten, zu sklerodermieähnlichen und lichenoiden Infiltraten und flachen Knotenbildungen (II. Stadium), wobei der häufige Wechsel zwischen vollkommenem Schwinden und Wiederauftreten derartiger Infiltrate besonders auffallend ist und nach verschieden langer Dauer dieses Stadiums entstehen schliesslich theils auf vorher infiltrirter oder nur leicht gerötheter und schuppender Haut,

theils auf anscheinend völlig gesundem Boden anwachsende, excessiv wuchernde, lebhaft roth gefärbte, succulente, weich elastisch sich anfühlende, bei Berührung nur wenig schmerzhafte, von verdünnter und glänzender Epidermisdecke überzogene, bis apfelgrosse Tumoren in verschiedener Menge, welche nicht selten spontan zur Resorption gelangen, viel häufiger aber ulcerös zerfallen oder nekrotisch exfoliirt werden. Dabei entwickelt sich — bei fortdauernder Neubildung und Zerstörung von derartigen schwammartig wuchernden Gewächsen — hochgradiger Marasmus, welchem die Patienten nach oft jahrelanger Leidensdauer erliegen. Terminal treten öfters heftige Diarrhöen, Erbrechen, leichte Fieberbewegungen auf, der Tod erfolgte in mehreren Fällen in Folge von Complication mit entzündlichen Affectionen des Respirationstractes. (Pleuropneumonie und Lungenödem. Fall IV, V und VI.)

In zwei Fällen fand sich intra vitam Vermehrung der weissen Blutkörperchen, analog den Beobachtungen von Philippart, Naether und Fabre. (Die Lymphodermia perniciosa Kaposi, welche die Autoren zur Mycosis fungoides zu rechnen geneigt sind, gehört sicher nicht hieher. Hier bestand exquisite lienale und myelogene Leukaemie und die Hautaffection ist als veritable Leukaemia cutanea oder Lymphodermie aufzufassen. Anm. d. Referenten.)

Was den histologischen Typus der Mycosis fungoides betrifft, so fand Vidal im Falle I das Bild der Lymphadenie (im Sinne Rauvier's, Gillot's, Demange's, Cornil's)", im Falle VI, welcher von Siredey mikroskopisch untersucht wurde, wurde die anatomische Diagnose „Lymphosarcoma cutis" (Sarcoma lymphat. myxoid. Rindfleisch) gestellt. Nach Ansicht der beiden Autoren ist jedoch die Mycosis fungoides als Krankheitsprocess sui generis aufzufassen, welcher nach seinem anatomischen Habitus zwischen Lymphadenie und Sarcomatosis die Mitte hielt, ohne jedoch das eine oder das andere wirklich zu sein.

Auf die in neuester Zeit bekannt gewordenen Coccenbefunde bei Mycosis fungoid., wodurch die parasitäre Natur derselben sichergestellt erscheint, übergehend, haben die Autoren übersehen, dass die Priorität der Mikroorganismenentdeckung bei Myc. fung. der Auspitz'schen Schule gebührt (vgl. Zur Frage des Granuloma fungoides von Hochsinger. Diese Viertelj. IV. 1885), sowie dass nicht, wie die Verfasser angeben, Schiff Reinculturen des Pilzes



auf Hasen erfolglos inoculirte, vielmehr eine Katze mit positivem Resultate geimpft hat.

Zum Schlusse wird noch die Diagnose, insbesondere die Differentialdiagnose der beschriebenen Affection besprochen, welche in ihren Anfangsstadien leicht mit chron. Eczem, späterhin mit multiplem Hautsarcom verwechselt werden könnte.

**George H. Tilden.** Ueber Mycosis fungoides. (Boston Medical and Surgical Journal. October 1885.)

Ein kräftiger, 28jähriger, bisher stets gesunder Mann, erkrankt unter erythemähnlichen Erscheinungen ohne bestimmten Charakter der Efflorescenzen gleichzeitig an verschiedenen Körperpartien; nach mehreren Monaten entstehen vesiculöse, papulöse und squamöse Efflorescenzen von heftigem Hautjucken begleitet, nach Verlauf von zwei Jahren bilden sich auf schuppenden und infiltrirten Hautstellen zuerst am Nacken und am Halse blassrothe Knoten, denen bald andere bis zu Pomeranzengrösse am Rücken, dann am behaarten Kopfe, an der Stirne, an den Wangen und an den Extremitäten folgten. Dieselben begannen in der Regel als kleine Flecken und Knötchen, aus denen sich rapid nuss- bis apfelgrosse Geschwülste bildeten und schwanden theils ebenso rasch, als sie aufgetreten waren durch Resorption, theils zerfielen sie durch Ulceration, bis unter zunehmender Abmagerung und Erschöpfung ohne besondere andere Erscheinungen und ohne nennenswerthe Fieberbewegungen nach mehr als $3^1/_2$jähriger Leidensdauer der tödtliche Ausgang erfolgte.

Der histologische Befund, welcher nichts nennenswerthes Neues aufweist (Dr. W. W. Gannett) bestätigt die bisher bekannten Darstellungen: Rundzelleninfiltration des Corium mit fein reticulirtem Maschenwerke, stellenweise Spindelzellen und grössere mehrkernige Lymphzellen; Epidermis, und subcutanes Gewebe, wenn nicht ulcerirt, nicht verändert.

Lymphoma cutis. Nach Bekanntwerden der Micrococcenfunde bei Mycosis fungoides wurden auch die schon längere Zeit aufbewahrten und in Müller'scher Flüssigkeit und Alkohol gehärteten Gewebsstücke nach der Gram'schen Methode behandelt, doch mit negativem Erfolg.

Aus der nun folgenden Zusammenstellung von 29 bisher publicirten Fällen, entnehmen wir, dass 16 Mal der tödtliche Ausgang



während der Beobachtungszeit erfolgte, dass die Dauer der Affection im Mittel 4 Jahre beträgt, dass die erkrankten Individuen fast ausschliesslich dem reiferen Alter angehörten, dass gewöhnlich durch Monate bis Jahre Erythem- und Eczemerscheinungen den Knotenbildungen vorangehen, dass diese aber auch ganz selbstständig ohne Prodromalstadien auftreten (Galliard und Debove, Fälle von Demange), im weiteren Verlaufe ohne bestimmte Localisation weitausgebreitete Flächen occupiren können, später nekrotisch zerfallen oder oberflächlich ulceriren und dass dann der Exitus letalis nach weit vorgeschrittenem Marasmus ohne sonstige nachweisbare Organerkrankung erfolgt. Eigentliche Metastasenbildungen in inneren Organen kommen nie vor, einmal waren die Tonsillen (Fall von Debove), zweimal die Blasenschleimhaut (Duhring, Gaillard) Sitz einer Rundzellenwucherung. Die Lymphdrüsen waren in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle vergrössert.

Was die pathologische Natur der Mycosis fung. betrifft, so kann diese Affection weder als Sarcomatosis (Köbner, Kaposi), noch als Lymphadenia oder Pseudoleukaemia cutis (französische Autoren) aufgefasst worden, am plausibelsten erscheint die Einreihung unter die Gruppe der infectiösen Granulationsgeschwülste (Tuberculose, Lupus, Lepra, Rhinosklerom, Syphilis), besonders mit Berücksichtigung der neueren Befunde von Auspitz, Hochsinger, Schiff und Rindfleisch.

**Rindfleisch.** Mycosis fungoides. (Deutsche med. Wochenschrift Nr. 15, 1885. S. Ref. Seite 101.)

In einem typischen Falle von Mycosis fungoides (Granuloma fungoides — Auspitz) mit schwammig knolligen Auswüchsen der allgemeinen Decke, ergab die mikroskopische Untersuchung der erkrankten Hautstellen den Nachweis einer unzweifelhaften Dermatomycose, indem in zahlreichen Capillargefässen des Papillarkörpers, der Cutis und des subcutanen Gewebes sich Verstopfungsmassen fanden, die — wie die Gram'sche Färbungsmethode deutlich zeigt — sich als „Colonien eines zierlichen Streptococcus erwiesen".

In den einzelnen Tumoren der Haut selbst, welche lediglich aus jungem Granulationsgewebe bestanden, waren die Gefässe gleichfalls bis zur vollständigen Obturation mit Mikrococcenmassen gefüllt; ebenso fanden sich in den Lungen und der Leber Mikrococcenembo-



lien gleicher Art, die sich in disseminirten gelblichweissen Herden von Mohnsamen- bis Hirsekorngrösse in grosser Zahl etablirt und in ihrer Umgebung zu entzündlicher Verdichtung des Gewebes geführt hatten.

Besonders interessant ist der von R. hiebei gemachte Befund eines ganz eigenartigen Erkrankungsprocesses im Rückenmarke, welcher vorwiegend die Hinterstränge der Lendentheile und die Goll'schen Keilstränge betraf und sich makroskopisch durch abnorme weiche Consistenz und starkes Hervorquellen des Markes nach Eröffnung des Piamatersackes mikroskopisch durch den Nachweis von Markstoffaustritt aus der Scheide der Nervenfasern, welche verschmälert und stellenweise varicös erschienen und Anhäufung des Markstoffes zwischen denselben documentirte. Da trotz eifriger Durchsuchung nirgends in den Gefässen des Rückenmarkes Mikrococcenembolien, welche die Ursache dieses Erkrankungsprocesses hätten abgeben können, zu constatiren waren, so macht R. zur Erklärung dieser räthselhaften Rückenmarksaffection die sehr plausibel erscheinende Annahme, „es habe die anhaltende und zeitweise sehr heftige Erregung der Hautnerven im Bereiche der Mycosis fungoides zu einer Ueberreizung zunächst der sensiblen Bahnen im Rückenmark, allmählich aber des ganzen Rückenmarkes Veranlassung gegeben und der Austritt des Markstoffes aus den Nervenfasern sei als eine greifbare Folge dieser Ueberreizung aufzufassen".

R. zweifelt nicht an der pathogenen Natur des hier gefundenen Streptococcus, den er sowohl für das Wachsthum, als wie für den Zerfall der Granulomknoten verantwortlich macht, und nimmt folgerichtig keinen Anstand, die bisher so räthselhaft gewesene Mycosis fungoides gleich der Tuberculose, Lepra und Syphilis in das Gebiet der specifischen Entzündungsprocesse einzureihen.

Referent hat zu diesen Ausführungen nur das Eine zu bemerken, dass er bereits ein halbes Jahr früher an der Prof. Auspitz'schen Klinik in Wien das constante Vorkommen specifischer Coccen sowohl in den flächenhaften, als auch den knotigen Produkten der fraglichen Affection nachgewiesen und die pathogene Natur derselben im Vereine mit Dr. Schiff durch Reinculturen und das Thierexperiment erhärtet hat. Dass in unserem Falle die Streptococcenmassen nicht in den Gefällen gesehen wurden, woran Friedländer Fortschritte der Med. 1885) sich zu stossen scheint, ändert an

der Identität der beiden Befunde nichts und erklärt sich lediglich durch rein äussere Momente, da in dem Falle von Rindfleisch, dessen Präparate aus bei der Obduction entfernten Hautstücken gewonnen wurden, ganze Tumoren und das ganze Hautgefüge sammt seinen Gefässlagern der Untersuchung zu Gebote standen, während wir uns damit begnügen mussten, an der lebenden Patientin kleine, mehr oberflächlich gelegene Tumorenpartikel und höchstens einzelne Schuppen von den flächenhaften Infiltraten zu entnehmen. Da in diesen Gewebstheilen fast gar keine Gefässe vorhanden waren, konnten wir auch keine Coccenembolien darin sehen und konnten daher nur die in Zellen und die im Bindegewebslager frei liegenden Coccen beobachten. Falls unser Casus zur Autopsie gelangt, werden die diesbezüglichen Untersuchungen wieder aufgenommen werden.

Hochsinger.

**Lang**. Ueber Lepra in Norwegen und über einen Fall einheimischer Nervenlepra. (Wiener med. Blätter Nr. 27, 28, 29, 1885.)

Nach einer bündigen Auseinandersetzung der allgemeinen Erscheinungen der Lepra kommt Lang über einen endemischen Fall von Nervenlepra zu sprechen. Ein 34 Jahre alter Mann aus Humpoletz in Böhmen, der nie aus Oesterreich herauskam und auch die Meeresküste nie besuchte, bot folgende auf Lepra zu beziehende Symptome dar: Verkürzung einiger Finger auf Kosten einer oder mehrerer Phalangen; Narben- und Fistelbildung nach Exfoliation der Knochen. Die Musculatur, das Thenar und Antithenar beiderseits geschwunden und statt der musculösen Wölbungen dieser Theile waren Gruben zu sehen, Atrophie der Vorderarmmusculatur. Der linke Ulnarnerv liess knotige Verdickungen durchfühlen. Beiderseitige unvollkommene Bewegung der unteren Augenlider und unvollkommener Lidschluss. Die Haut des Stammes schmutziggelb; über dem linken Cucularis und dem linken Schulterblattwinkel intensiv pigmentirte theils braune, theils graue Stellen; zerstreut stehende münzengrosse Narben. Ueberdies sah man an mehreren Fingern und an den Armen bohnen- bis kreuzergrosse Blasen, oder aber es fanden sich daselbst trockene festhaftende Borken. Nahezu vollständige Kraftlosigkeit in den Fingern und Händen. Der erhaltene Stumpf des linken Zeigefingers war vollkommen anästhetisch, ebenso die unteren Theile des



dazu gehörigen Metacarpalgebietes; auffällig war es ferner, dass der Patient an den empfindenden Stellen schlecht localisirte. Herabgesetzte Empfindlichkeit und schlechtes Localisationsvermögen zeigten auch die Unterschenkel. Anamnestisch konnte nichts Brauchbares von dem Kranken erzielt werden, da seine Angaben widerspruchsvoll und mangelhaft ausfielen. Horovitz.

**Vidal.** Die Lepra und ihre Behandlung. (France médicale. Nr. 73—81. 1884.)

**Leloir.** Die Lepra in Norwegen. (Semaine médicale. Jänner 1885.)

Beides Darstellungen der Pathologie, Nosologie, Aetiologie und Therapie der Lepra, die nichts Neues enthalten. Vidal steht auf bacteriellem Standpunkt und nimmt sowohl die hereditäre Uebertragbarkeit als auch die Infectiosität der Lepra an. Finger.

**Schütz.** Ueber Lupuscarcinom. (Monatshefte für praktische Dermatologie Nr. 3, 1885.)

Das Lupuscarcinom entwickelt sich entweder auf Lupusnarben oder auf floridem Lupusgewebe. Die Bildung von Carcinom auf Lupusnarben ist insofern nicht sehr merkwürdig, als Carcinom überhaupt auf Narben zur Entwicklung kommt, wie dies gelegentlich auf Verbrennungsnarben des Gesichtes, auf Narben nach Unterschenkelgeschwüren beobachtet werden kann. Wenn aber die Entwicklung von Carcinom auf Lupusnarben ein besonderes Interesse hervorrief, so lag dies einerseits in der relativen Häufigkeit dieser Erscheinung, andererseits aber in dem Zusammentreffen zweier bösartiger Geschwulstformen im selben Zellcomplex. Der von Schütz beobachtete Fall betraf einen 47 Jahre alten Mann, der seit seiner Kindheit an Lupus litt und von Zeit zu Zeit von Nachschüben befallen wurde. Bei der Aufnahme auf die Bonner Universitätsklinik waren drei Narben auf der Stirne zu sehen, die rechte Gesichtshälfte erschien geröthet, mit Knötchen durchsetzt, hypertrophisch und mit Schuppen und Borken bedeckt. Aehnliche Verhältnisse bot die rechte Seite des Halses dar, ferner der Nacken und die Haut über dem Kehlkopfe. In der rechten Parotisgegend, umgeben von lupösem Gewebe, eine 1 Ctm. lange, 7 Ctm. breite zerklüftete Geschwulst von derber Consistenz. Die mikroskopische Untersuchung dieser Geschwulst ergab: Weiches Carci-



nom mit grossen Zellnestern, im bindegewebigen Gerüst Umwandlung zu Spindelzellen. Therapie: Exstirpation der Geschwulst und Cauterisirung mit dem Thermocauter und gleichzeitige Behandlung des Lupus. Heilung.

Wenn ein Carcinom auf floridem Lupus sich entwickelt, so wuchert das Carcinom in das Lupusgewebe hinein, so zwar, dass die verlängerten Retezapfen buchtig und breiter werden. Wenn diese Wucherungen des Epithels verhornen und zwiebelschalig geschichtete Kugeln von Epithelzellen bilden, so ist das Epitheliom fertig, überdies finden sich noch protoplasmatische, proliferationsfähige Epithelien in den Epithelschläuchen zu Nestern vereinigt.

Der zweite Fall betrifft einen 22 Jahre alten Menschen, der seit seiner Jugend an Lupus litt und folgendes Bild darbot: Die Streckseite der rechten oberen Extremität mit inselförmig zerstreuten, weichen, theils trockenen überhäuteten, theils exulcerirten, mit jauchigem Eiter bedeckten Geschwülsten versehen. Aehnliche Geschwülste am Halse und auf dem Unterkiefer. — L. Dacryocystoblennorrhöe. Die mikroskopische Untersuchung ergab kleinzellige Infiltration des Coriums und einzelne Tuberkelbacillen, ferner epitheliomartige Veränderung der Epidermiszapfen. Therapie: Auskratzung.

Der dritte Fall betraf eine 50 Jahre alte Frau, welche seit 10 Jahren an Lupus der Stirne litt, später trat noch Lupus der Nase mit geschwürigem Zerfalle hinzu. Nach Aetzung mit Salpetersäure entwickelte sich eine Geschwulst mit Zerfall an der Oberfläche. Die Untersuchung dieser Geschwulst ergab Epitheliom. Wegen Recidive wurde eine ausgiebige Plastik gemacht.

An diesen Fällen fand sich, dass das Lupuscarcinom keinen so bösartigen Charakter habe, was rasches Wachsthum betrifft, wie die übrigen Carcinome, bei denen übrigens ausnahmsweise auch langsames Wachsthum vorkommt.

**Gerhardt.** Lupusbehandlung durch Kälte. (Deutsche medicinische Wochenschrift Nr. 41, 1885.)

Die Entdeckung der Tuberkelbacillen im Lupusgewebe brachte nicht blos die Meinung der alten Aerzte, dass der Lupus den scrophulösen Erkrankungen zuzuzählen sei, zu voller Ehre, sondern sie erklärt auch die Hartnäckigkeit und die oft späteren Rückfälle der Erkrankung gegenüber den besten Behandlungsweisen. Während jedoch

die Bacillen in inneren Organen, wie in den Lymphdrüsen, auf den Schleimhäuten sich colossal vermehren und oft dicht gedrängt im Gesichtsfelde liegen, sind sie im Lupusgewebe, welches histologisch dem Tuberkel so nahe steht, sehr spärlich. Die Frage: ist es dem Nährboden oder anderen Bedingungen zuzuschreiben, dass so geringe Vermehrung der Tuberkelbacillen im Lupusgewebe stattfindet, wird wohlzumeist im letzteren Sinne beantwortet. Insbesondere sind es die Temperaturverhältnisse, welche das Wachsthum der Tuberkelbacillen beeinflussen, so zwar, dass bei der oberen Grenze von 42 ° C. und der unteren Grenze von 28—29 ° C. die Entwicklung derselben völlig aufhört. Am besten gedeihen sie in einer Temperatur von 37—38 ° C. Stets ist ihr Wachsthum ein langsames. Hienach unterliegt es keinem Zweifel, dass die Körperwärme der inneren Organe für rasche Vermehrung der Tuberkelbacillen nothwendig ist und dass die niedere Temperatur der äusseren Haut nur langsames Wuchern der Bacillen gestatten kann. Gelingt es diesen Einfluss durch künstliche Abkühlung zu steigern, so kann das Wachsthum und die Vermehrung der Bacillen gänzlich gehemmt, damit die lupöse Neubildung zum Stillstande gebracht werden. Diese Erwägungen veranlassten den Versuch, Lupuskranke mit Eisumschlägen zu behandeln. Die durchschnittliche Dauer betrug täglich zweimal 3 Stunden. Eine Eisblase hing von einem Gestelle herab, so dass sie bei Rückenlage des Kranken die lupöse Fläche ganz oder grösstentheils bedeckte. Von vier Kranken wurden drei nur kurze, einer längere Zeit nach dieser Methode behandelt. G. glaubt auf diese schonende Weise, mit mehr Erhaltung der erkrankten Gewebstheile, in gleicher Zeit wie durch andere Methoden einen Zustand herbeiführen zu können, den man als Heilung anzusprechen pflegt. Inwieweit er von Dauer sein werde, kann G. nicht angeben.

**Kaposi.** Ueber eine neue Hautkrankheit: Lymphodermia perniciosa. (Wiener medicinische Jahrbücher pag. 129, 1885.)

K. beschreibt unter obiger Bezeichnung ein neues Krankheitsbild, welches er an einer 39 Jahre alten, mässig genährten Frau seiner Klinik beobachtete. Beim Spitalseintritte bot die Patientin nebst allgemeiner Blässe, cervicaler und inguinaler Drüsenanschwellung, knotigen Infiltraten am Thenar der linken Flachhand, sowie an der Beugefläche beider Vorderarme das klinische Bild des chronischen



universellen Eczemes dar: auf der Hautdecke der Extremitäten, des Unterleibes, der behaarten Kopfhaut, der Ohrmuscheln feinkleiige Abschuppung, mässiges Nässen, stellenweise borkenbedeckte Partien, Kratzaffecte und Excoriationsstriemen, Pigmentation und mässige Infiltration des Unterhautzellgewebes. Höchst auffällig und gegen den obigen Befund contrastirend war das Krankheitsbild im Gesichte, am Halse und um die obere Brustapertur; da hier die Verdickung des Unterhautzellgewebes sehr mächtig war und zu einer ungewöhnlichen Ausprägung der Falten und Furchen Veranlassung gab, so dass im weiteren Verlauf der Krankheit viel Aehnlichkeit mit dem Leontiasis genannten starren Gesichksausdrucke der Lepra darbot.

Das Auftreten der Knoten in Form diffuser Infiltrate ohne scharfe Abgrenzung, deren Zunahme, Verbreitung und zum Theile spontane Eröffnung, ferner Umwandlung zu serpiginösen Geschwüren, die Lymphdrüsenschwellung, die Milzvergrösserung und die durch Blutkörperchenzählung sicher constatirte Leukämie führten Kaposi zu dem Schlusse, das Hautübel mit der Leukämie in causalen Zusammenhang zu bringen und die Tumoren als lymphatische Knoten anzusehen.

Während der 6monatlichen Spitalpflege, während welcher Zeit die Knoten an Zahl und Umfang zunahmen, das Hautödem immer grössere Dimensionen erlangte und die Extremitäten wie ungegliederte Theile erschienen, der Harnbefund aber immer normal blieb, wurde die Patientin mit Diachylonsalbe, Theer, Leberthran, Liqu. Burowi und Zinksalbe behandelt, bis sie nach vorhergegangener Paresis der linken Unterextremität verschied.

Die Section ergab Oedem des Unterhautzellgewebes, Verdickung des interstitiellen Bindegewebes. Die oben erwähnten Knoten sitzen in den der Cutis anliegenden Fettläppchen, das Bindegewebe um sie zu weissen Septis verdichtet. Die grösseren Tumoren zeigen lappige Begrenzung. Besonders stark entwickelte Knoten in der rechten Brustdrüse. Milz aufs vierfache vergrössert, sehr dicht, ihre Pulpe blassroth. Die Lymphdrüsen in nussgrosse speckige Knollen umgewandelt. Das Knochenmark des Sternum, der Wirbel, der Fusswurzelknochen, der langen Röhrenknochen im Epiphysen — Diaphysenkolben grau, das der Markhöhle zumeist roth. Mikroskopisch war in allen Knoten und Infiltraten ein zartfaseriges blutgefässarmes Stroma mit Einlagerung lymphoider Zellen zu sehen. Die Zellen waren den Lymphzellen an





Grösse und Beschaffenheit analog. Die Hauptmasse der lymphoiden Infiltrate fiel in das Gebiet der Fettläppchen. An makroskopisch noch nicht markig veränderten, sondern nur hyperämischen Stellen, schon strichweise Leukocyten-Einlagerung um die Blutgefässe. Drüsen und deren Ausführungsgänge im Bereiche der Knoten zeigten gequollene lymphoide Zellen. Haarbälge und Wurzelscheiden boten gar keine Veränderung dar. Knotenähnliche Beschaffenheit in der Lunge.

Horovitz.

**Besnier.** Ueber Hautmyome. (Annales de derm. et de syphiligr. Tome VI. Nr. 6, 1885.)

Als Fortsetzung einer früheren Arbeit (Etudes nouvelles de la dermatalogie. Les dermatomyomes etc. Annales de la dermatologie 2. Série. T. Ier. 1880) veröffentlicht Besnier die weitere Krankheitsgeschichte seines in der ersten Arbeit besprochenen Falles von multiplen Liomyomen der Haut und im Anschlusse das Resultat der anatomischen Untersuchung.

Die Patientin wegen hohen Alters arbeitsunfähig, verblieb bis zu ihrem Tode in Spitalsbehandlung. Die Hauttumoren vermehrten und vergrösserten sich fortwährend. Im Durchschnitt zeigten sie Erbsengrösse, manche derselben erreichten jedoch die Grösse einer kleinen Mandel. Die Charaktere der Tumoren erlitten keine Aenderung, auch waren keine Erscheinungen der Rückbildung nachweisbar. Spontane Schmerzhaftigkeit wurde nie, dagegen ausserordentliche Empfindlichkeit gegen Druck an allen Tumoren beobachtet. Nach der Excision kam niemals Recidive zu Stande. Im Jahre 1881 entwickelte sich im rechten Warzenhofe eine Induration mit Einziehung, die Induration vergrösserte sich im Laufe des folgenden Jahres, es trat Schwellung der Achseldrüsen auf. 1883 entwickelte sich in der linken Brust ein neuer Knoten, hierauf Oedem an der rechten Oberextremität. Im Jänner 1885 starb die Kranke, welche sich jedem chirurgischen Eingriffe widersetzt hatte.

Die von Dr. Balzer vorgenommene mikroskopische Untersuchung der der Leiche entnommenen Tumoren ergab: 1. Die an der Haut zerstreuten als Liomyome diagnosticirten Tumoren, im Durchschnitte meist linsenförmig, sind im tiefsten Theile der Cutis gelegen, über ihnen liegen in der verschmächtigten Cutis die Schweissdrüsenknäuel und Haarbälge. Sie bestehen aus neugebildeten glatten Mus-



kelfasern, welche in allen möglichen Richtungen sich kreuzen, einen dichten Filz formiren, der von elastischen Fasern durchzogen wird. Ihre Begrenzung ist nirgends scharf, in den benachbarten Cutistheilen sind glatte Muskelfasern zwischen die Bindegewebsbündel eingeschoben.

Gefässe finden sich sehr spärlich, ebenso Nervenfasern.

2. Am Fundus uteri finden sich mehrere leicht ausschälbare Fibromyome.

3. Die Tumoren in den Brustdrüsen geben das exquisite Bild von Carcinomen.

Aus diesen eigenen Beobachtungen und den von Dr. Arnozan 1880, Dr. Brigidi und Marcacci 1881 publicirten Fällen entnimmt Besnier folgendes Krankheitsbild:

Die Liomyome treten ohne äussere Veranlassung hauptsächlich bei älteren Leuten auf; ihre Entwicklung ist langsam. Die ersten Erscheinungen bilden linsengrosse Flecke, leicht elevirte Papeln von röthlicher oder von der normalen Haut und nicht verschiedener Färbung. In einem Falle schmerzten die Tumoren bei Druck, in dem Falle Arnozan's traten Schmerzen in Form von Paroxysmen auf, im dritten Falle endlich waren die Tumoren völlig indolent.

Die unregelmässig entstehenden Knoten sind weder symmetrisch angeordnet, noch an gewisse Regionen gebunden.

Die Diagnose lässt sich durch Ausschliessung und mit Zuhilfenahme des Mikroskopes stellen. Die Prognose ist günstig, medicamentöse Behandlung fruchtlos.

Bei dem Umstande, als die anatomischen Untersuchungen ergeben haben, dass die Myome von den verschiedensten Theilen der Haut ausgehen, und in sehr variirenden Combinationen vorkommen können, erneuert Besnier den schon in seiner ersten Arbeit gemachten Vorschlag, man solle nur zwei Gruppen von Myomen unterscheiden, die eine — der die beschriebenen Fälle angehören — als multiple disseminirte Form oder „Myomes simples“, die andere, bei welcher grössere Tumoren in geringer Zahl und nur an einer bestimmten Stelle auftreten, als „Myomes dartoïques“.

**Feulard** et **Balzer**. Ueber colloide Hautentartung. (Annales de dermatologie et de siphiligraphie. Tome VI. Nr. 6. 1885.)





Besnier hat im Jahre 1879 den ersten Fall von Colloiddegeneration der Haut beschrieben.

Feulard und Balzer haben im vorigen Jahre einen ganz ähnlichen Fall gesehen, der bei der mikroskopischen Untersuchung sich ebenfalls als Colloiddegeneration der Haut erwies.

Der Träger der Affection, ein 40jähr. Gärtner, war ein niemals vorher krank gewesenes robustes Individuum. Im Jahre 1878 traten die ersten Erscheinungen an seiner linken Wange auf. Die Affection besteht aus bis hirsekorngrossen citronengelben, fast transparenten Knötchen, welche jedoch keine Flüssigkeit enthielten, sondern eine geléeartige gelbliche Masse.

Stellenweise sind diese Knötchen zu Plaques oder in kleinen Gruppen stehend, die isolirten Efflorescenzen sind häufig von eben sichtbarer Grösse. Die Mehrzahl derselben fand sich an beiden Wangen, an der Nasenwurzel und über dem Nasenrücken zerstreut, unter den Augenbrauen und am linken Ohre finden sich ähnliche Gruppen.

An der Conjunctiva bulbi finden sich beiderseits entsprechend der Lidspalte gelbliche, einen halben Centimtr. breite glatte Streifen.

Die Plaques wurden mittelst scharfen Löffels entfernt, nach sechs Monaten waren nur zarte röthliche Narben ohne Recidive sichtbar.

Bei der mikroskopischen Untersuchung fand Balzer die Epidermis normal. Die hauptsächlichste Veränderung betraf die zwischen den Haarbälgen und Drüsen liegende Cutis, das Bindegewebe derselben war durch voluminöse colloide Massen ersetzt, welche nach oben durch eine Schichte unveränderten Bindegewebes von der Epidermis getrennt, gegen die umgebende Cutis scheinbar scharf abgegrenzt waren. Bei genauerer Untersuchung fand sich in den nächstliegenden Bindegewebsfibrillen beginnende colloide Degeneration.

Nach unten zu greift die Veränderung in das subcutane Gewebe über.

Drüsen und Haarbälge sind unverändert.

Die bei schwacher Vergrösserung scheinbar homogenen glänzenden Colloidmassen erwiesen sich bei stärkerer Vergrösserung als aus kleineren den Bindegewebsbündeln entsprechenden Zügen zusammengesetzt. Manche Bündel an der Peripherie sind nur zum Theile colloid entartet. In der Peripherie dieser Herde und um die Drüsen

finden sich Häufchen von Rundzellen, welche einer ähnlichen Degeneration unterliegen.

Die Gefässveränderungen, selbst das Endothel der im Bereiche der Herde liegenden Gefässe ist gleichfalls colloid, doch scheint die Affection nicht von den Gefässen auszugehen. Die elastischen Fasern im Bereiche der Erkrankung zerfallen in Stückchen und nehmen keine Tinction an.

Die Colloiddegeneration scheint zuerst das Bindegewebe zu ergreifen, welches dadurch schwillt, zu voluminösen compacten Massen verklebt, während die umgebenden Theile der Cutis auseinander gedrängt werden. Riehl.

**Campana.** Papilloma epitheliomatosum secundarium auf scrophulösen Ulcerationen der oberen Extremitäten. (Clinica dermopatica e sifilopatica della Ra. Univ. di Genova II. 2. 1885.)

R. M., 67 Jahre alt, wurde am 24. April 1884 an der Klinik in Genua aufgenommen. — Ueber ihre Eltern weiss die Patientin nichts anzugeben. — Sie hatte vier Töchter, zwei davon starben als Erwachsene an Lungenkrankheiten, zwei als Kinder aus unbekannter Ursache. Die Erscheinungen, die sie gegenwärtig darbietet, entwickelten sich vor sechs Jahren in Form kleiner Knötchen, um die stets neue Eruptionen sich entwickeln. Es wurde bisher keine Behandlung eingeleitet. Die Kranke ist schwach, schlecht genährt, mager, die Haut blass gelblich fahl, kühl und trocken. An den Streckflächen beider Vorderarme unregelmässige bis 5 Lirestück grosse Plaques, die auf narbiger Umgebung harte, fast hornartige gelbe bis braune, bis 5 Mm. dicke Krusten tragen. Die Oberfläche dieser Knoten ist glatt, die untere der Basis fest anhaftende Fläche erscheint mit hornigen Fortsätzen versehen, die sich in die Basis einsenken. An manchen Stellen sind die Krusten zarter, haben das Aussehen dünner Schuppen, die leicht von der Basis abzuheben sind. Unter den Krusten erscheint die Haut kupferbraun verfärbt, infiltrirt, durchfurcht von eiternden linearen Continuitätstrennungen, unterbrochen von punktförmigen Substanzverlusten, aus denen hier und da ein Eitertropfen hervortritt, die aber auch leicht bluten. An anderen Stellen findet man unter den Krusten zottige, fleischige Auswüchse, die den Borken fest anhaften und zwischen denen auch hornige Zapfen sich vorfinden. Ausser diesen Veränderungen finden sich auch Ge-



schwüre mit unterminirten, gezackten, gewulsteten unregelmässigen Rändern, die weich und schlaff sind und leicht bluten. Ebenso erstrecken sich ausgebreitete Narben über Handrücken und Vorderarme. Diese sind zart, dünn, hier und da strangartig, mit Beiziehung gesunder Haut und Behinderung der Beugung der Finger. An der Palmarseite des rechten und linken Mittel-, sowie des rechten Zeigefingers finden sich Epidermidalverdickungen, welche aus punktförmigen Callositäten bestehen, die nicht elevirt in kleinen Gruppen vereint auf geschwellter und verdickter Haut aufsitzen und bei ihrer Entfernung conische Vertiefungen in der Epidermis zurücklassen. Die Lymphdrüsen der Ellenbogen- und Achselbeuge schmerzlos, pastös geschwellt. Die Nägel unverändert, die Hautsensibilität intact.

Behandlung mit Volkmann'schem Löffel, Galvanocaustik und Antisepticis, Application von Essigsäure auf die verhärteten Stellen brachte in zwei Monaten Heilung.

Die mikroskopische Untersuchung ergibt bedeutende Hypertrophie der Epidermis und Cutis in allen ihren Theilen, sowie das Vorhandensein spärlicher Tuberkelbacillen. C. bespricht nun die Diagnose der Erkrankung als einer scrophulösen, den Uebergang derselben in Papillome, deren nahe Verwandtschaft zum Epitheliom.

Er betont das seltene gleichzeitige symmetrische Vorkommen epitheliomatöser Formen ohne gleichzeitige Miterkrankung anderer Organe, die Möglichkeit der Entwicklung des Epithelioms auf scrophulöser und lupöser Basis, die Möglichkeit, dass solche an verschiedenen Stellen disseminirte Veränderungen zur Bildung primärer, multipler Epitheliome geben und deducirt daraus die Nothwendigkeit rascher örtlicher Behandlung, ferner weist er auf die guten Erfolge der örtlich angewandten Essigsäure hin.

**Campana.** Eine gestielte Neubildung der Steissbeingegend. (Clinica dermopatica e sifilopatica delle Ra. Univ. di Genova. II. 2. 1885.)

Ein 25jähriger Mann bot am Ende des Steissbeines, gerade dort, wo die crena ani beginnt, eine ovale, nussgrosse Neubildung von der Beschaffenheit und dem Aussehen der gesunden Haut dar. Das Steissbein selbst bietet keine Veränderungen; die Neubildung ist völlig unempfindlich und ist ebenso wie ein Naevus spilus desselben Pat. in der linken Flanke angeboren. C. hält, ohne auf anatomische Un-

tersuchung gestützt zu sein, die Neubildung für ein Fibroangioma lymphaticum congenitum. Finger.

## Dermatomykosen.

**Boeck.** Ueber das Microsporon minutissimum (Burchardt) oder Leptothrix epidermidis (Bizzozero). (Dat norske medicinshe Selskabs Forhandlings, Juni 1885.)

Indem Verf. der medicinischen Gesellschaft in Christiania Praeparate von den „Sporen Mallassez's“ und dem Microsporon minutissimum vorlegt, nimmt er bezüglich des letzteren an, dass es mit dem Leptothrix epidermidis von Bizzozero identisch sei, wie es dieser Verf. selbst schon angenommen hat. Wenn aber Bizzozero für seinen Leptothrix epidermidis jede pathogene Bedeutung in Abrede stellt, tritt Verf. dieser Meinung entschieden entgegen. Diejenige Hautaffection nämlich, die von den Dermatologen als Erythrasma bezeichnet wird, bietet ein ganz eigenthümliches und sehr charakteristisches klinisches Bild dar, das gar nicht mit der „chronischen Intertrigo“ verwechselt werden kann und eben bei dem Erythrasma kommt der Leptothrix epidermidis ausserordentlich massenhaft vor. Das Erythrasma erinnert dabei mit allen seinen Charakteren so sehr an die parasitären Hautkrankheiten, dass Verf. keinen Anstand nimmt, den vorgefundenen Parasiten als die Ursache der Krankheit zu halten. Nicht selten ist es, dass der Leptothrix epidermidis bei Menschen vorkommt, ohne krankhafte Erscheinungen hervorzurufen. Verf. hat die Krankheit ausser an der classischen Stelle an der Innenseite des Femur, wo Scrotum anliegt, noch an der Vorderseite des Femur beobachtet. Gut gefärbte Präparate von diesem Parasiten stellt Verf. sich in folgender Weise dar: Die in Alkohol und Aether entfetteten Epidermisschuppen werden 5 bis 10 Minuten in einer Ehrlich-Weigert'schen Lösung von Gentianaviolett gefärbt, und dann in Alkohol einige Minuten abgewaschen. Aus dem Alkohol werden sie nur für wenige Secunden in eine 10% Lösung von Aetzkali gebracht und dann in den absoluten Alkohol zurückgeführt. Hier werden die Schuppen erst lichtroth und bald ganz farblos. Wenn sie aber dann in Nelkenöl übergeführt werden, nehmen sie wieder eine blasse Färbung an und können jetzt sofort untersucht oder erst in Canadabalsam eingelegt werden. Auch die Sporen Malassez's können in derselben Weise gefärbt werden.

---



# Syphilis.

---

## Gonorrhöe.

**Cséri.** Zur Aetiologie der infectiösen Vulvovaginitis bei Kindern. (Wr. med. Wochenschr. Nr. 22. 1885.)

Cséri macht darauf aufmerksam, dass das in Rede stehende Uebel, besonders in seiner chron. Form zum grossen Theile infectiös sei und gemäss dieser Thatsache fand er in Deckgläschenpräparaten, welche mit Anilinfarbstoffen gefärbt wurden, 0·4—0·6 Mm. grosse zu Diplococcen angeordnete Mikroorganismen, die immer Häufchen und nie Ketten bilden. Sie sind entweder frei oder in mit mehreren excentrisch gelagerten Kernen versehenen Zellen zu gewahren. Sie stimmen was Grösse, Form und Gruppirung betrifft mit Neisser's Gonococcen überein.

Cs. stellt folgende Schlusssätze auf: 1. Die katarrhal. Vulvovaginitis der Kinder ist infectiös; 2. das Secret enthält einen morphologisch-wohlcharakterisirten Coccus: 3. die Contagiosität des Secretes ist eine sehr intensive; 4. die Weiterverbreitung geschieht durch Leib- und Bettwäsche, Instrumente etc. Aus diesem ergibt sich die Prophylaxe des Uebels. Horovitz.

**Kreis.** Beiträge zur Kenntniss der Gonococcen. (Wr. med. Wochenschr. 30. 31 und 32. 1885.)

Das Resultat der Kreis'schen Beobachtungen stimmt mit den Angaben Bumm's sehr gut überein. Auch er fand, dass bei Zimmertemperatur die Cultur der Gonococcen nicht gedieh, wohl aber bei einer Temperatur von 30—35° C. Die Culturen erstreckten sich nach 24 St. in die Tiefe und veränderten sich in den nächsten 24 Stunden und in der Folge nicht weiter. Die Grösse der Individuen betrug an Trockenpräparaten 0·0014—0·0016 Mm. im frischen Zustande etwas mehr, während Bumm einen mittleren Durchmesser von 1·25 μ fand.





Bei 30° zeigte sich die erste Spur der Entwicklung, bei 35 bis 40° war diese am kräftigsten, nahm von da an ab und sistirte bei 48° gänzlich, (Bumm sagt weniger bestimmt, dass ein längeres Einwirken einer Temperatur von wenig über 38° die Entwicklung hemme) wenn diese Temperatur 1—1½ Stunden einwirkte. Kreis mischte, resp. übergoss geimpftes, 2%iges neutrales Fleischpepton — Agaragar mit $^1/_{40}$—3%igem reinem, doppelkohlensaurem Natron und ermittelte auf diesem Wege, dass ein Alkaligehalt von 1½—2% hinreicht, um die G.-Entwicklung zu verhindern. Eine Reihe von Versuchen über das antiseptische und aseptische Verhalten verschiedener medicamentöser Stoffe ergab als voraussichtlich wirksamstes Mittel bei der Behandlung des Trippers Arg. nitr., Kali hypermang., Sublimat, Jodoform, Thymol, Chlorkalk, Golochlorid und Platinchlorid. Schwächere Höllensteinlösungen in Verbindung mit Cocain empfiehlt Verf. besonders, desgleichen Versuche mit Thymol und Chlorkalk (1—2%); von letzterem hat Verf. überraschend günstige Resultate gesehen.

Endlich macht Verf. auch noch den Vorschlag die (auch von Bumm bestätigte) Widerstandsunfähigkeit des G. gegen Temperaturen von 40—50° durch Injectionen von 40—50%igem Wasser (oder mittelst Winternitz'scher Kühlsonde) auszunützen wie dies Gordon und Curtis bei der männlichen Urethra, andere bei para- und perimetrischen Exsudaten mit gutem Erfolge gethan hatten. Die unsichere Wirkung der Trippermittel und der Erfolg der sog. Abortivbehandlung in den ersten Tagen erklärt Kreis mit dem späteren von Bockhart beschriebenen Eindringen der G. in die tieferen submucösen Schichten. Impfungen von Reinculturen auf thierische Schleimhäute ergaben negative Resultate. Verf. hält den Tripper für unübertragbar auf Thiere. Schiff.

**Letzel.** Zur Resorcinbehandlung der Gonorrhöe. (Allg. med. Central-Ztg. Nr. 66. 1885.)

Angeregt durch die Erfolge Andeer's und Münich's versuchte L. sowohl bei acuten als auch bei chron. Gonorrhöen Einspritzungen von Resorcin. Anfangs wurden 3% Lösungen angewendet, die sich aber als zu reizend erwiesen und musste daher die Lösung auf 2½% gemildert werden; später konnte man bei einzelnen Individuen mit der Dosis bis auf 4% steigen. Von grosser Bedeutung ist die Qua-



lität des Resorcins. Es muss schneeweiss sein und in destillirtem Wasser eine klare Lösung geben. Man verschreibe nie mehr als 100 Gramm Lösung und lasse die Flüssigkeit in schwarze Gläser geben. Die kürzeste Behandlungsdauer währte 7, die längste 22 Tage bei acuten Fällen. Selbst chron. Fälle wurden durch das Mittel sehr günstig beeinflusst. Horovitz.

**Diday.** Die local-antiparasitäre Behandlung der Harnröhrenblenorrhöe. (Lyon. méd. XLV. Nr. 9. Virchow-Hirsch 1885.)

Diday hat, seitdem E. Besnier die Blennorrhöe der Harnröhre als eine parasitäre Erkrankung aufstellen konnte, die bisher übliche Behandlung des Trippers mit Injectionen aufgegeben, die er in Anbetracht der Art und Weise, wie sie geübt werden und der Natur der Erkrankung, gegen welche sie angewendet werden, als ganz und gar unzulänglich erklärt. Die Injectionen müssen antiparasitär sein und entsprechend den Charaktereigenschaften des Parasiten eingerichtet werden. Das dabei leitende Princip hat sich gegen zwei Umstände zu wenden: 1. die Natur und Existenzbedingungen der Parasiten, 2. die Structur und die Function der Harnröhre, mit anderen Worten das Agens parasiticidum muss seine Wirkung auf den Mikroben und das lebende Gewebe gleichzeitig richten. Um dem ersten Punkte Genüge zu leisten, muss die antiparasitäre Flüssigkeit, da sie es nicht mit isolirten Gebilden, sondern mit Colonien von solchen, deren Glieder sich fort und fort vermehren, zu thun hat, a priori lange Zeit und ohne Unterbrechung, also ungefähr continuirlich durch 5—6 Stunden in Action sein. Das Mittel selbst muss anfänglich in schwachen, später in immer stärkeren Lösungsverhältnissen gebraucht werden, vom Sublimat z. B. würde am Beginne eine Solution von 1 auf 10.000 genügen. In Bezug auf die Action auf die Harnröhre selbst hat die Injection 3 Bedingungen zu erfüllen: 1. die ganze kranke Partie der Harnröhre zu berühren, 2. nicht allein diese zu passiren, sondern auch bis zu einem gewissen Grade auszudehnen und 3. so lange als oben ausgesprochen wurde, in ihr zu verweilen. Das nöthige Instrument für diese Einspritzungen wäre der gewöhnliche Irrigator, dessen (Bein-) Canüle eine lange elastische Gummicanüle trägt. Der Kranke führt sich diese 6 Cm. weit in die Harnröhre ein, eventuell wenn nöthig mit Hilfe einer Sonde tiefer. Da die Parasiten haufenweise tief in den Falten im Gewebe der Harn-



röhre sitzen, so muss ausser der Bespülung noch eine Erweiterung der Schleimhaut angestrebt werden, was durch eine mässige Distension derselben erreicht wird. Zu diesem Behufe braucht der Patient nur mit dem Zeigefinger und dem Daumen die Eichel auf die Canüle zu drücken und mit der anderen Hand zugleich den Hahn des Irrigators zuzudrehen. Diese Injection behält er durch einige Minuten; hierauf öffnet er wieder den Hahn, hebt den Druck auf die Eichel und lässt die Solution ein- und austreten und alternirt mit beiden Manipulationen fort und fort. Im Laufe der Behandlung werden immer stärkere Lösungen des Parisiticidum genommen.

**Hamonic.** Vestibulo-urethralfistel nach einer periurethralen Folliculitis blennorrhagica. (Annales des Dermat. et Syphil., V. Nr. 6. Virchow-Hirsch, Jahresbericht 1885.)

H. theilt einen Fall von Bildung einer Vestibulo-urethralfistel in Folge einer Folliculitis periurethralis blennorrhagica, mit. H. meint, dass die Blennorrhöe ausser der Scheide und der Harnröhre einen oder mehrere periurethrale Follikel ergriffen und zur Vereiterung derselben geführt hat. Der Abscess eröffnete sich gleichzeitig in die Harnröhre und das Vestibulum.

**Terrillon.** Ueber Tripperrheumatismus. (Gaz. des hôp. 57 année, Nr. 91, Virchow-Hirsch, Jahresbericht 1885.)

T. sah gleichzeitig zwei Fälle von Tripperrheumatismus, die er ausführlich beschreibt.

Der eine betrifft einen 27jährigen kräftigen Mann, der seit 6 Wochen einen mässigen, weniger schmerzhaften, sonst nichts Specielles darbietenden Tripper hatte. Nach einem langen Marsche trat ein bedeutender Schmerz in einer Hüfte auf. Der Pat. konnte den entsprechenden Schenkel nicht bewegen und bemerkte, dass dieser eine fehlerhafte Stellung annahm. 3 Tage später constatirte T. spontan und auf Druck grosse Schmerzhaftigkeit in der Leiste, deren locale Ausdehnung sich mit dem Psoas begrenzte und bis zum kleinen Trochanter erstreckte und in derselben Ausdehnung mit einer gewissen Härte in der Tiefe combinirte. Die Drüsen waren nicht geschwellt, die Vena femoralis war aus ihrer Lage verdrängt und ein wenig hervorspringend, das Unterhautzellgewebe intact. Der Oberschenkel ist gegen das Becken geneigt, nach aussen rotirt, unbeweg-



lich, jedoch sind die passiven Bewegungen im Hüftgelenk vollkommen frei und schmerzlos. Auf Druck zwischen dem grossen Trochanter und dem Sitzbein entsteht keine Schmerzempfindung. Dabei besteht ein mässiges Fieber, Magenbeschwerden, Hautblässe und Abmagerung, die rasch zunehmen.

Der zweite Kranke bietet analoge Erscheinungen. Der Tripper bestand bei ihm drei Wochen, als er im Bette plötzlich von einem heftigen Schmerz in der Leiste befallen wurde, dem bald Fieber und Magenerscheinungen folgten; Schwellung in der Tiefe der Regio inguinalis, Flexion und Rotation des Schenkels nach aussen, Unbeweglichkeit desselben.

T. fasst beide Fälle als eine seltene blennorrhagische Complication, deren Sitz die Leiste ist, und die man Rheumatismus blennorrhagicus nennt, auf, wobei die selbstständige Erkrankung tiefer Bauchdrüsen, Psoitis, idiopathische Entzündung des tieferen Bauchzellgewebes, der Gelenkkapsel ausgeschlossen ist und es sich nur allein um eine Affection des unter dem Psoas gelegenen Schleimbeutels handelt, welche einzig und allein als ursächliches Moment den Tripper hat und die Eigenthümlichkeit besitzt, keine Erkrankung innerer Organe (Endocarditis) nach sich zu ziehen. Sie ist nur von kurzer Dauer und erscheint wieder, wenn der Patient eine neue Blennorhöe sich zuzieht. T. sah mehrere solcher Fälle, aber auch noch andere concommitirende Erscheinungen des Trippers. Die in Rede stehende ist in jeder Beziehung von den Gelenkaffectionen bei Trippern verschieden.

Die Wechselbeziehungen zwischen dem Tripperrheumatismus in seiner vielgestaltigen Form 1. als Gelenkrheumatismus, Sehnenscheidenrheumatismus, 2. Muskelrheumatismus, (Halsmusculatur, Deltoides, Augenmuskel), Entzündung der Schleimbeutel um die Gelenke, 4. der Nerven (Ischiadicus) des Zellgewebes etc. sind auffällig. Es gibt Kranke, bei welchen der Ausfluss sistirt, sobald der Rheumatismus erscheint. Ueber den Ausgang der beiden citirten Fälle berichtet T. nichts, wie er auch der eingeschlagenen Behandlung nur andeutungsweise Erwähnung thut.

## Zur Contagienlehre der Syphilis.

**J. Disse** und **K. Taguchi** in Tokio (Japan). Ueber das Contagium der Syphilis. (Deutsche med. Wochenschrift Nr. 48. 1885.)

Wir erfahren in einer vorläufigen Mittheilung, dass die genannten Autoren mit Zuhilfenahme der Gram'schen Methode im Blute syphilitischer Sporen (Coccen?), in Sklerosen und Papeln kurze Bacillen gefunden haben, dass ferner aus dem Blute Syphilitischer sich ein Bacillus in Reincultur züchten lasse, welcher auf festem Nährboden und in neutralisirter Fleischbrühe wächst, Blutserum nicht verflüssigt und auf Hunde, Schafe, Kaninchen und weisse Mäuse verimpft, dieselben syphilitisch mache. An der Impfstelle entwickelt sich eine Induration, mehrere Monate nach der Impfung fanden sich bei den Thieren gummöse Visceralerkrankungen, (Leber- und Lungengummata, Gummen der Placenta), in welchen sich Bacillen und Sporen nachweisen liessen.

Aus dem Blute der geimpften Thiere liess sich derselbe Spaltpilz züchten, wie der aus dem Blute syphilitisch Kranker durch Züchtung gewonnene. Subjectiv ist ausser geringer Abmagerung nichts Krankhaftes an den Thieren zu bemerken.

Die Arbeit Lustgarten's war den Autoren zur Zeit des Beginnes ihrer Versuche nicht bekannt.

(Die hier vorgebrachten Angaben machen einen überaus zweifelhaften Eindruck. Bluntuntersuchungen und Blutzüchtungen nach der hier geschilderten Methode wurden fast von allen Bacteriologen und Syphilidologen und auch vom Ref. stets mit negativem Resultate vorgenommen. Wir sind auf die ausführliche Darstellung des Gegenstandes sehr begierig. Ref.)

**Klemperer.** Ueber Syphilis- und Smegma-Bacillen. — Vortrag gehalten im Ver. f. inn. Med. in Berlin am 2. Nov. 1885. (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 47, 1885).

Angeregt durch die eingehenden Untersuchungen von Alvarez und Tavel (unter Cornil) über Syphilis- und Smegma-Bacillen wurden die Lustgarten'schen und die Angaben der letztgenannten Forscher an der Klinik Leyden's nachgeprüft. Es wurde das Präputialsmegma von neun nicht syphilitischen Individuen nach der Methode von Lustgarten behandelt. In allen daraus gewonnenen Präparaten liessen sich die von Tavel und Alvarez entdeckten Bacillen nachweisen, wobei sich eine ganz auffallende Aehnlichkeit derselben mit den L.'schen Bacillen herausstellte. Die Smegmabacillen differiren erheblich an Grösse und Dicke untereinander, was übrigens auch L. für seine Syphilis-

Bacillen constatirt. Von den Tuberkel-Bacillen unterscheiden sich die Smegmabacillen durch ihre leichtere Entfärbbarkeit, durch Säuren und ihre Intoleranz gegen absoluten Alkohol, welcher dieselben sofort entfärbt, während Tuberkelbacillen selbst bei länger dauernder Einwirkung dieses Menstruums ihre Farbe nicht abgeben. (Methode von Weichselbaum. Ref.)

Weiters wurden die Secrete von vier syphilitischen Krankheitsprodukten untersucht und in allen die Lustgarten'schen Bacillen gefunden. Durch vergleichende Untersuchungen kam Klemperer zu dem Resultat, dass alle Reactionen, welche für Syphilisbacillen in Secreten gelten, auch den Smegmabacillen zukommen; nach der Methode Doutrelepont-Schütz sind die letzteren nicht färbbar.

In Schnitten syphilitisch erkrankter Gewebe, (breites Condylom, Sklerose, Hautgumma) wurde kein einziges Mal auch nur ein einziger Bacillus vorgefunden.

An diesen Vortrag schloss sich eine kurze Discussion, an welcher sich der als Gast anwesende Dr. Tavel aus Paris und Prof. Köbner betheiligten. Der Erstere fügte den Angaben Klemperer's hinzu, dass die Smegma- resp. Syphilis-Bacillen im Gegensatze zu den Tuberkel-Bacillen sich in concentrirter Salpetersäure sofort entfärben, in verdünnter Säure hingegen je nach der Concentration nur ein bis mehrere Minuten lange den Farbstoff behalten.

Köbner theilt mit, dass er in einer grossen Zahl von Gewebsschnitten syphilitischer Produkte nur in einem verschwindend geringen Procentsatze positive Bacillenbefunde machen konnte, dass die weitaus überwiegende Anzahl von Schnittuntersuchungen vollkommen negativ ausfiel, und dass er auch in syphilitischen Secreten nicht constant die Lustgarten'schen Bacillen nachweisen konnte. Das Secret von Mund und Pharynxcondylomen, der Eiter von Rupia und Ecthyma syph., ebenso das Blut Syphilitischer war stets frei von Syphilis-Bacillen. Nach alledem kommt Köbner zu dem Schlusse, dass die von Lustgarten für die Specificität seines Bacillus angeführten Momente, wie die Constanz des Vorkommens und die charakteristische Farbreaction hinfällig geworden sind und dass die Gleichwerthigkeit der L.'schen Bacillen mit dem Syphilisgift noch sehr in Frage steht.



**Alvarez** et **Tavel**. Untersuchungen über den Lustgarten'schen Bacillus. (Arch. de physiol. norm. et pathol. No. 7, 1885.)

Die beiden französischen Autoren nahmen sich die Nachprüfung der von Lustgarten aufgestellten specifischen „Syphilis-Bacillen" zum Vorwurfe, wobei ihnen insbesondere daran gelegen war, nicht allein in den durch die Syphilis veränderten Organen und deren pathologischen Secreten die L.'schen Befunde zu constatiren, sondern auch durch eine grosse Zahl von Controlversuchen „recherches dans d'autres états pathologiques et à l'état normal" Klarheit in die Frage der Syphilis-Bacillen zu bringen.

Es wurden zuerst Gewebsschnitte von Syphilisprodukten u. z. fünf Präputialsclerosen, zwei Plaques muqueuses und ein Lungengumma nach der von Lustgarten angegebenen Entfärbungsmethode mit Kali hypermang. und schwefeliger Säure behandelt, ohne dass es gelungen wäre, auch nur in einem einzigen Schnitte einen Bacillus nachzuweisen. Die Secrete von 55 verschiedenen Syphilusprodukten, (31 Schankersclerosen, 24 Plaques muqueuses und ulcerirte Gummen) nach der bekannten Methode in Form des Deckgläschentrocken-Präparates untersucht, lieferten 33mal positive Bacillenbefunde (19 Schanker- und 14 Geschwürssecrete), in den restlichen 22 Fällen war das Ergebniss der Secretuntersuchung ein negatives. Hingegen fanden sich die L.'schen Bacillen im Secrete von drei weichen Schankern (unter 12 Fällen); weiters in dem Blaseninhalte zweier Fälle von Herpes praeputialis und eines Pemphigus vulgaris. Das interessanteste und sicherlich auch das wichtigste Ergebniss der Arbeit der beiden französischen Forscher resultirte aus der methodischen Behandlung des normalen epithelialen Genitalsecretes, vierzehn nicht syphilitischer Individuen (Smegma praeputiale, perianale et vestibulare), welche zur Auffindung eines in allen Punkten dem L.'schen Syphilisbacillus gleichenden normalen Smegmabacillus führte (iu 10 von 14 untersuchten Fällen).

Sowohl in morphologischer als auch in tinctorieller Beziehung sind diese Bacillen den in syphilitischen Secreten vorkommenden Syphilisbacillen identisch; man beobachtet sowohl die von L. beschriebenen knopfförmigen Endauftreibungen, als auch die charakteristische Sporenbildung, die leicht gebogenen und gewellten oder S-förmig gekrümmten Stäbchenformen und die grosse Aehnlichkeit mit den Tuberkelbacillen.



In tinctorieller Hinsicht mahnt die grosse Toleranz der Smegmabacillen gegen $33^1/_3$% Salpetersäure und andere verdünnte Mineralsäuren zu grosser Vorsicht bei etwaiger Diagnosenstellung auf Urogenitaltuberculose; will man sicher vor Verwechselung mit Tuberkelbacillen sein, so muss man die Präparate nach der Färbung mit absolutem Alkohol behandeln, welcher die Smegma- und L.'schen Bacillen sofort entfärbt, Tuberkelbacillen jedoch des Farbstoffes nicht beraubt oder nach der Methode von Ehrlich tingiren, gegen welche die Syphilis- und Smegma-Bacillen refractär erscheinen.

Hervorzuheben wäre noch, dass die französischen Autoren auch gelungene Doppelfärbungen mit Gentianaviolett-Eosin, Saffranin und Picrocarmin in Smegma und Secreten erzielten, was L. nicht gelungen zu sein scheint.

A. und T. fassen ihre Untersuchungsresultate in sechs Hauptpunkten zusammen.

1. Es ist ihnen der Nachweis der specifischen Lustgarten'schen Bacillen in Gewebeschnitten nicht gelungen.

2. Auch in syphilitischen Secreten sind dieselben nicht constant zu finden.

3. Nicht allein in Secreten von Syphilisprodukten, sondern auch in anderen nicht syphilitischer Natur, sowie ganz besonders in dem normalen epithelialen Secrete des Genitaltractes und hier in geradezu prädilectorischer Weise kommt ein dem L.'schen vollkommen identischer Bacillus vor.

4. Die Möglichkeit, dass es sich in den L.'schen Befunden um eine Verwechselung mit diesem „bacille banal" handele, ist nicht von der Hand zu weisen.

Die folgenden drei Punkte beziehen sich auf die Möglichkeit der Unterscheidung der L.'schen Syphilis- und Smegma-Bacillen von den Tuberkel-Bacillen, worauf wir oben bereits hingewiesen haben.

Die Arbeit ist durch eine wohlgelungene chromolithographische Wiedergabe der Bacillenbilder trefflich erläutert.

**Doutrelepont** und **Schütz**. Ueber Bacillen bei Syphilis. (Aus der Klinik für Syphilis und Hautkrankheiten in Bonn. — Deutsche med. Wochenschr. Nr. 19, 1885.)

Angeregt durch die im November 1884 erfolgte Mittheilung



Lustgarten's über den Befund charakteristischer Bacillen in Syphilisprodukten (vgl. Referat in dieser Zeitschrift 1885, Heft 2) veröffentlichen D. und S. die Resultate ihrer schon seit längerer Zeit fortgesetzten Bacillenforschungen in Syphilisprodukten. Es gelang ihnen nämlich, nach vielfach vergeblich angestellten Tinctionsversuchen, zuerst in dünnen Schnitten einer Primärinduration durch Färbung mit einer einfachen wässerigen Gentianaviolettlösung und kurzdauernde Entfärbung in einem schwachen Salpetersäuregemisch (1 : 15), und darauf folgende Nachfärbung der Schnitte mit einer schwachen wässerigen Saffraninlösung blassblaue, der Schilderung Lustgarten's entsprechend gestaltete Bacillen auf rothem Gewebsgrunde, sowohl in als auch ausserhalb der Zellen in spärlicher Zahl zu finden. Die weiteren Untersuchungen ergaben den nämlichen Befund in zwei Sclerosen, zwei breiten Condylomen, einer Papel und einem Gumma.

Die Bacillen finden sich im allgemeinen selten. Die Zahl der Schnitte in denen dieselben zu sehen sind scheint ziemlich gleich zu sein der, in welcher Bacillen vermisst werden. Da es bis jetzt ebensowenig gelungen ist, Syphilisbacillen zu cultiviren, als die Syphilis auf Thiere zu übertragen, so bleibt es fraglich, ob nicht etwa zur Züchtung dieser Mikroorganismen ausschliesslich menschliches Blutserum erforderlich ist.

Neue Färbungsmethode der Syphilisbacillen. (Mittheilung de Giacomi's auf dem Schweizer Aerztetag 1885. — Ref. im Schweizer Correspondenzblatt. XV. 12 und in Friedländer's Fortsch. d. Med. Nr. 16, 1885.)

De Giacomi färbt die Deckglaspräparate in erwärmter Fuchsinlösung, taucht dieselben sodann in eine ganz schwache Eisenchloridlösung und entfärbt hierauf mit concentrirter Lösung von Ferr. sesquichl., wobei die Syphilisbacillen allein die rothe Farbe behalten. A. Gottstein (Fortsch. d. Med.) hat diese Methode seither an Schnitten einer Initialsclerose und zweier Gummenknoten mit positivem Erfolge verwerthet. Alle anderen Bacterienarten mit Ausnahme der Tuberkelbacillen entfärben sich bei diesem Präparationsverfahren.

**M. v. Zeissl.** Untersuchungen über den Lustgarten'schen Bacillus in Syphilisprodukten und Secreten derselben. (Wr. med. Presse Nr. 48, 1885.)





M. v. Zeissl untersuchte 9 Sclerosen und eine nässende Papel nach der Lustgarten'schen Methode und konnte nur in einem einzigen Schnitte einer Sclerose zwei Bacillen nachweisen, welche er im Zusammenhalt mit seinen consequenten Misserfolgen bei allen übrigen Schnitten für eine accidentelle Verunreinigung hält. In Secretpräparaten von Syphilisprodukten fanden sich die Bacillen nicht constant. Im Hinblick auf die Befunde von Alvarez und Tavel (vide Referat) und seine negativen Bacillenbefunde erklärt Z. die Lustgarten'schen Angaben für wesentlich erschüttert, weil die Bacillenbefunde weder in Schnitten noch Secretpräparaten constant sind und auch die Färbemethode ihre Specificität verloren hat.

Verhandlungen des Vereins für innere Med. Berl. 16. Nov. 1885. (Deutsche med. Wchenschr. Nr. 48, 1885.)

Gerhardt theilt die Ergebnisse der Untersuchungen seines früheren Schülers Dr. Matterstock (Würzburg) über Syphilisbacillen mit, denen zu entnehmen ist, dass M. in 300 Schnitten syphilitischer Produkte als Sklerosen, Papeln, Condylomen und Gummen nach der Lustgarten'schen Methode spärliche Bacillen von denselben Charakteren wie die Lustgarten'schen gefunden hat. Weiters wurden sowohl Syphilis- als auch verschiedene andere Secrete nach Lustgarten untersucht und hiebei die von Tavel und Alvarez (vide Referat) gemachten Befunde bestätigt. Die Bacillen in nicht syphilitischen Genitalsecreten unterscheiden sich in keiner Weise von den Syphilisbacillen. Die diagnostische Verwerthung der Lustgarten'schen Methode erscheint daher zunächst unmöglich, die ätiologische Bedeutung der L.'schen Befunde ist jedoch dadurch nicht erschüttert. Reinculturen der Syphilisbacillen gelangen bis jetzt nicht. Aus dem Smegma praeputiale konnten in Agar-Agar-Platten Bacillen rein gezüchtet werden, die in Form mit einigen Smegmabacillen übereinstimmten, jedoch die Farbe an Entfärbungsmittel abgaben. Hochsinger.

## Primär-venerische Geschwüre.

**Boeck.** Noch 3 Fälle von syphilitischer Infection durch die Tonsillen. (Fidskrift for prakt. Medicin. Nr. 15 und 16, 1885.)



Verf., der früher (im Jahre 1883), 4 Fälle von Tonsillenschanker veröffentlicht hat, (kurzes Referat in der „Vierteljahresschrift für Dermat. u. Syphilis," 1883) theilt wieder 3 Fälle mit. 1. Fall: Eine 19-jährige Dienstmagd stellte sich am 8. Decb. 1884 vor und klagte über Schmerzen beim Schlucken an der linken Seite des Schlundes. Linke Tonsille war bedeutend angeschwollen und intensiv roth, zeigte aber noch keine Erosionen oder wunde Stellen. Eine Lymphdrüse beim linken Angulus maxillae war so stark angeschwollen, dass die Anschwellung sofort in die Augen fiel auch ohne manuelle Untersuchung. Beim rechten Kieferwinkel dagegen gar keine Anschwellung der Drüsen. Am 14. Decb. wurden zwei kleine rothe excoriirte Stellen und am 27. Decb. ein weisslicher Fleck an der geschwollenen rechten Tonsille beobachtet. 31. Decb. der weissliche Fleck hat sich erweitert und umfasst in der Mitte eine erbsengrosse, etwas vertiefte Wunde.

8. Januar 1885. In den letzten Tagen ist eine erneuerte sehr bedeutende Anschwellung sowohl der linken Tonsille und des Velum wie der Drüsen beim Kieferwinkel aufgetreten. Die Geschwulst im Schlunde ist so bedeutend, dass die linke Tonsille und die Uvula sich berühren. Gleichzeitig mit diesem heftigen Auflodern der Schlundentzündung sieht man ein beginnendes Erythema nodosum an den beiden Unterschenkeln sich entwickeln. 14. Januar, die Drüsen hinter dem Kieferwinkel fortwährend stark angeschwollen, so dass der Sternokleido-Muskel vom angeschwollenen Drüsenpacket bedeutend aus- und rückwärtsgedrängt ist. Noch keine Anschwellung der Inguinal- und Cubital-Drüsen. Heute sieht man am Stamme und an den Extremitäten ein nicht sehr reichliches maculo-papulöses Syphilid. An den Genitalien noch kein syphilitisches Symptom; Pat. ist virgo intacta. In der letzten Zeit ziemlich starkes abendliches Kopfweh. Erythema nodosum tritt jetzt mit zahlreichen, bis mehr wie wallnussgrossen, rosenrothen, empfindlichen Knoten an den beiden Waden auf. 25. Januar. Erythema nodosum geschwunden, Kopfweh aufgehört. Das Exanthem schwindet. Das Befinden gut. Die angeschwollene Lymphdrüse hinter dem linken Angulus bedeutend kleiner, aber jedoch noch sehr distinct zu fühlen.

15. Februar. Die Geschwüre im Schlunde zugeheilt.

2. März. Ein ziemlich starkes, populöses Exanthem an den Oberschenkeln (zweite Eruption). 25. März. jetzt nur ein Exanthem an





der Innenseite der Femora. An der rechten Tonsille ein kleiner weisser Fleck. Defluvium capillorum. Die Wartung eines hereditär syphilitischen Kindes hatte die Gelegenheit zur Ansteckung gegeben.

2. Fall. 14jähriges Mädchen, stellt sich am 19. Mai 1885 mit einem noch sparsamen, maculösen Exanthem am Truncus, Hals und an den Extremitäten vor. Beim Untersuchen des Drüsensystems werden die Inguinal-, Cubital- und Submaxillardrüsen intact gefunden, nur die Drüsen hinter dem linken Kieferwinkel und dem linken M. Sternocleido waren deutlich angeschwollen; besonders war eine Drüse hinter dem linken Angulus bis zu der Grösse einer Haselnuss geschwollen. An der linken Tonsille, die etwas geschwollen, hart anzufühlen und roth war, wurden mehrere kleine, zusammenlaufende Excoriationen mit weisslichen Rändern gesehen. Am 25. Mai hatten sich schon einzelne Flecken an den Schultern und am Halse zu bräunlichen Papeln entwickelt. An der inneren Fläche der grossen Schamlippen einzelne beginnende Schleimpapeln; keine Anschwellung der Inguinaldrüsen. 1. Juni. Die linke Tonsille fortwährend grösser und härter als die rechte und dabei noch oberflächlich ulcerirend. In den letzten paar Tagen wieder stärkere Anschwellung der Drüsen hinter dem Angulus und gleichzeitig auch der früher nicht geschwollenen Submentaldrüsen, die jetzt ein zusammenhängendes, hartes Packet bilden. 10. Juni. Linke Tonsille bedeutend abgeschwollen und gleichzeitig sind die Ulcerationen an derselben zugeheilt. 18. Juni. Exanthem beinahe geschwunden. 2. Juli. In den letzten 8—14 Tagen ist wieder eine sehr heftige Hauteruption mit sehr grossen und dicht stehenden, jetzt bräunlichrothen Flecken aufgetreten. Die Eruption erstreckt sich an den oberen Extremitäten vollständig symmetrisch, von den Schultern, die beiden Schulterblattregionen mit inbegriffen, bis zur Mitte der Unterarme, den unteren Extremitäten, ebenfalls vollständig symmetrisch an beiden Seiten, von den Hüften, die Glutealregionen mit einbegriffen, bis zur Mitte der Unterschenkel hinunter. Die Grenzen des Exanthems sowohl oben wie unten sind ausserordentlich scharf markirt. Die Flecken sind durchgehends grösser an den unteren wie an den oberen Extremitäten. 9. Juli. Die heftige Hauteruption wieder bedeutend rückgängig. In diesem Falle war keine Auskunft über den Infectionsmodus zu erhalten.





Im 3. Falle, bei einer 24jährigen Näherin, hat die Infection offenbar durch die beiden Tonsillen stattgefunden, was übrigens auch früher beobachtet wurde (Rizot) und der Fall ist auch dadurch bemerkenswerth, dass so frühzeitig ein specifisches Symptom an der Unterlippe beobachtet wurde, dass dasselbe nicht als ein secundäres Symptom aufgefasst werden konnte, sondern durch eine Autoinoculation von den Tonsillen her zu Stande gebracht sein musste. Pat. stellte sich am 8. Februar 1880 vor und gab an, dass sie schon durch einige Zeit an Schmerzen im Schlunde, namentlich beim Schlucken gelitten hatte. An den beiden Tonsillen, die deutlich angeschwollen waren, hatte sie grosse, weisslich belegte Geschwüre von diphtheritischem Aussehen.

Ausserdem hatte sie an der Unterlippe, an der Grenze des Prolabiums und der inneren Fläche der Lippe, eine ungefähr $1^1/_2$ Cm. lange Excoriation, die in der Mitte intens roth war, aber noch keine Spur von Härte an der Basis oder Circumferenz darbot. Diese Excoriation war von der Pat. nur in den allerletzten Tagen bemerkt worden. Trotz genauer Nachforschung noch keine Spur von einem Hautexanthem. Sowohl die Tonsillargeschwüre wie die Excoriation an der Unterlippe wurden mit Lapis geätzt. Drei Tage später, am 11. Februar war die Excoriation an der Lippe wie bestäubt, währenddem die Tonsillargeschwüre sich ungefähr unverändert erhalten haben. Die Lymphdrüsen hinter den beiden Kieferwinkeln wurden angeschwollen gefunden, die Submaxillardrüsen dagegen nicht. Neun Tage später, am 20. Februar, zeigten die Geschwüre an den Tonsillen nach mehrmals wiederholten Aetzungen eine Neigung zu heilen, währenddem die früher erwähnte Excoriation an der Unterlippe sich wieder geöffnet hatte. Die Anschwellung der Drüsen hinter den Kieferwinkeln hat zugenommen. In den letzten Tagen hatte Pat. sehr viel an Kopfweh gelitten. Beinahe am ganzen Körper ein neu hervorbrechendes, aus linsengrossen Flecken bestehendes Exanthem. 28. Februar. Das Exanthem entwickelt sich stark. Gleichzeitig nimmt die Affection an der Unterlippe an Umfang zu und fühlt sich mehr infiltrirt an. Pat. fiebert, leidet an Kopfweh, ist blass und fühlt sich unwohl. Jodkali (5·00—250.00). 2. März. Patient fühlt sich schon etwas besser, der Knoten an der Lippe etwas weicher, die Tonsillargeschwüre noch nicht zugeheilt. 12. März. Infiltration der Lippe vollständig geschwunden und die Tonsillarge-

schwüre zugeheilt. Das Exanthem wird rückgängig unter der fortgesetzten Anwendung des Jodkaliums, wovon bisher 15,00 Grm. genommen sind.

Die Infection war durch den Gebrauch von Trinkgeschirren zusammen mit einer syphilitischen Person veranlasst worden.

Verf. hat im Laufe von 10 Jahren 9 Fälle von Tonsillarschanker gesehen, von welchen 8 in seiner Privatpraxis beobachtet wurden und nächst der Genitalinfection ist die Tonsillarinfection die bei weitem häufigste gewesen. Er nimmt jedoch wie früher an, dass diese Infectionsweise weit häufiger ist, wie es die bisherige Statistik anzeigt und stimmt Schirajew und Taylor bei in der Annahme, dass der grösste Theil der früher als „Syphilis d'emblée" hingestellten Fälle durch Tonsillarinfection zu Stande gekommen seien.

Als den besten Leitfaden bei der Diagnose des Tonsillarschankers hebt Verf. das Verhalten des Drüsensystems hervor.

Schliesslich macht Verf. zu jedem einzelnen der 3 Fälle einige epikritische Bemerkungen. Beim ersten Falle weist er besonders darauf hin, dass eben gleichzeitig mit dem sehr heftigen Auflodern der Schlundentzündung ein charakteristisches Erythema nodosum aufgetreten ist und erinnert an den früher von ihm (auch in dieser Vierteljahresschrift für 1883) hervorgehobenen Zusammenhang zwischen Schlundentzündungen verschiedener Art und rheumatischen Gelenk- und Hautaffectionen. Gewiss kommen bei Syphilitischen polymorphe Erytheme verhältnissmässig häufig vor, jedoch nicht gewöhnlich in einem so frühen Stadium der Syphilis, ehe noch die secundären Symptome sich manifestirt haben.

Im zweiten Falle wird namentlich die oben beschriebene, sehr markirte, sowohl horizontale wie verticale Symmetrie der zweiten Hauteruption hervorgehoben. Diese sogenannte „verticale Symmetrie" ist übrigens weder bei Syphilis noch bei anderen Hauteruptionen ein besonders seltenes Symptom. Für Syphilis braucht man sich nur zu erinnern, wie man, wenn ein Patient sich mit einer heftigen Eruption der Handflächen präsentirt, unwillkürlich nach den Fusssohlen greift, und von anderen Hautaffectionen sei auf das exsudative Erythem und die grossen erythematösen Flächen der anästhetischen Form der Lepra hingewiesen.

Bei der letzten Krankheit kann diese verticale Symmetrie

manchmal besonders schön an den Hüften und den Schultern beobachtet werden. Eine solche Verbreitung des Exanthems, wie sie oben beim Falle II beschrieben ist, stützt die Ansicht des Verf., dass das für die Verbreitung dieser allgemeinen Eruptionen bestimmende Moment mit den Centren des Nervensystems zusammenhänge; indem man nämlich deutlich sieht, dass ein specielles Verhältniss und ein specieller Zusammenhang zwischen den entsprechenden Theilen der Haut der oberen und unteren Extremitäten besteht, die nur durch Innervation erklärt werden kann. Besonders die recidivirenden syphilitischen Eruptionen sind manchmal sehr illustrirend, indem sie oft an sehr beschränkten Hautpartien auftreten und dabei urplötzlich, im Laufe von einigen Stunden, hervorbrechen können um streng symmetrische Gruppen zu bilden. Verf. kann sich nicht denken, wie man sich diese sehr beschränkte, streng symmetrische und äusserst acute, sogar mit Vesikelbildung verbundene, Ausbrüche erklären will ohne anzunehmen, dass sie unter einem speciellen Einfluss der trophischen Nerven stehen.

Im III. Falle ist ungefähr 14 Tage vor den secundären Hauteruptionen vorher eine specifisch aussehende, aber noch nicht indurirte Excoriation an der Unterlippe aufgetreten, die nach einer einzigen Lapispinselung rasch heilte, gleichzeitig mit der ersten secundären Eruption sich öffnete und dann specifisch indurirte.

Verf. fasst dieses Symptom als das Resultat einer in der zweiten Incubation von den Tonsillen zur Lippe übergeführten Autoinoculation auf, ganz in Analogie mit den namentlich von Bidenkap einerseits und neuerdings von E. Pontoppidan erhaltenen Inoculationsresultaten.

**Dornig.** Beitrag zur Kenntniss syphilitischer Initialaffectionen an den Augenlidern. (Wr. med. Wochenschr. Nr. 11. 1885.)

Die seltene Erscheinung der Localisation einer Sclerose am Augenlide bot sich D. im folgenden Falle dar: Eine 27 Jahre alte Wäscherin wurde wegen eines Geschwüres am rechten unteren Augenlide in das Laibacher Landeskrankenhaus aufgenommen. 3 Monate vor dem Spitalseintritte begann das Geschwür als Bläschen seine Entwicklung. D. constatirte am 9. October ein die Lidhaut fast ganz einnehmendes seichtes Geschwür mit knorpelharter Basis, infiltrirten



Rändern und mässiger Secretion einer visciden Flüssigkeit. Das Lid in toto geschwellt, mässig ectropionirt, die Cilien fehlend. Die grossen und kleinen Schamlippen, die Schenkelfalten, das Perineum und die Analfalten mit nässenden Pappeln besetzt. Am Stamme und auf den Extremitäten Roseola; allgemeine Drüsenschwellung und Haarausfall. Es wurde innerlich Hydrargyrum oxydul. tanic. verabreicht, local Jodoformpulver angewendet. Am 21. November wurde notirt, dass an Stelle der früheren Induration ein teigig weicher Wulst sich entwickelte und von einer zarten Haut bedeckt erschien. Der Weg der Infection blieb D. unbekannt. Horovitz.

## Spätformen der Syphilis.

**Ehrmann.** Zur Kenntniss der spätsyphilitischen Erkrankungen des weiblichen Sinus urogenitalis und des unteren Abschnittes des Rectums. (Allg. Wr. med. Zeit. 1885. Nr. 36, 37, 38, 40.)

Verfasser trennt die Erkrankungen, welche als Folgezustände papulöser Efflorescenzen am Anus entstehen von jenen, welche durch zerfallende Gummen hervorgebracht werden. Bei den ersteren handelt es sich immer um Einrisse, die in den durch die papulösen Efflorescenzen erodirten und rigid gewordenen Analfalten in Folge der gewaltsamen Dehnung bei der Defäcation entstehen, und durch die Verunreinigung mit Fäces zu tiefer greifenden Geschwüren und Hohlgängen führen können. Doch hat er unter 125 Fällen nur zwei Fälle einer completen Mastdarmfistel nach Papeln beobachtet. Die gummösen Erkrankungen des Anus und des unteren Rectalantheiles entstehen entweder durch gummöse Infiltration in den unteren Schichten der Schleimhaut und im subcutanen Bindegewebe, oder durch ein gummöses Infiltrat im perirectalen und periproctalen Bindegewebe. Im ersteren Falle findet man nach einiger Zeit verzweigte spaltförmige Substanzverluste, zwischen welchen die infiltrirte und braunroth verfärbte Schleimhaut in Form von Hirnwindungen ähnlichen Wülsten hervorragt. Schreitet die Erkrankung nicht weiter fort, so findet man nach erfolgter Heilung die Schleimhaut straffer an ihre Unterlage angeheftet, von leistenförmigen verzweigten Bälkchen durchzogen. In anderen Fällen, wo nur Inseln der Schleimhaut stehen geblieben waren, entwickelten sich an deren Stelle papilläre Wucherungen, die



oft die ganze Peripherie des Darmes nach abwärts von der plica transversalis (Kohlrausch) bis an den zweiten Sphincter einnehmen. Bei der mikroskopischen Untersuchung erwiesen sich dieselben aus Bindegewebe, mit vielen neugebildeten Gefässen bestehend und von Pflasterepithel überzogen. Der Verfasser belegt dies durch zwei Krankengeschichten in denen bei beiden Patientinnen neben ihrer Mastdarmlues gruppirte Hautgummen am Stamme und an den Extremitäten vorhanden waren. In einem dieser Fälle hat sich jedoch im periproctalen Gewebe zwischen Rectum und hinterer Vaginalwand ein gummöses Infiltrat gebildet, das nach dem Damm nicht in das Rectum perforirte und unter Behandlung mit Jodoformstäbchen heilte. Zum periproctalen Gumma gesellte sich in einem dritten Falle, Gummen unter der Haut der Afterfalte, die miteinander verschmolzen und sowohl in die Rectalhöhle als auch in die Afterfalte durchbrachen. Hier hatte sich auch eine Mastdarmstrictur gebildet. In weiteren zwei Fällen kam es durch Zerfall eines Gummas in der Scheidewand des Rectums und der Vagina zu einer Fistel, zwischen Infundibulum Vaginae und Rectum. Die Behandlung war eine rein chirurgische, unterstützt durch interne Darreichung von Dec. Zittm. und Jodkali. Auch in diesen zwei Fällen war die Schleimhaut mit papillomatösen Wucherungen besetzt, die mit der Scheere abgetragen wurden. Im letzteren Falle war bereits Strictur vorhanden. In den meisten Fällen sind die Analfalten vergrössert, livid verfärbt und sie zerfallen von innen nach aussen, nicht wie bei recenter Lues von aussen nach innen. Auch dieses wird durch zwei Fälle illustrirt. In einem Falle war es nach 7jährigem Bestande der Lues und nach 3jähriger Dauer der Analerkrankung zur Strictur des Anus mit elephantiasisähnlicher Verdickung der Analfalten, Gesässbacken und der grossen Labien mit papillomatösen Wucherungen und Lymphgefässectasien in denselben gekommen. Weiter theilt der Verfasser zwei Fälle von Gummen der Vagina mit, in welchen es ebenfalls zur Bildung der papillären Excrescenzen in der Umgebung der gummösen Geschwüre gekommen war. In einem dieser zwei Fälle war es zur Infiltration in der Umgebung der Harnröhre gekommen. Den Schluss dieser casuistischen Mittheilung bildet ein Fall, in welchem eine gummöse Infiltration in der Umgebung der Harnröhre und der Hinterwand der Harnblase zum Durchbruche in die Harnröhre gelangte, was auch endoskopisch nachgewiesen wurde. Die Heilung erfolgte unter Verabreichung von Jodkali.



**Horand.** Acneartige Syphilis der Nase. (Annal. de la derm. et syphiligr. Tome VI. Nr. 7. 1885.)

Es ist allgemein bekannt, dass die Syphilis namentlich im tertiären Stadium sich mit Vorliebe an der Nase localisirt; dabei sind fast immer nur die mucösen, knorpeligen oder knochigen Theile derselben befallen, während bisher von derartigen Erkrankungen der Nasenhaut nichts berichtet wurde.

Horand sah nun eine Reihe von Fällen syphilitischer Hauterkrankung im tertiären Stadium, welche er mit dem Namen „Syphilide acnëique" belegt.

An der Hand von 13 ausführlich mitgetheilten Krankengeschichten derartiger Fälle, gibt der Autor folgendes Bild der Erkrankung:

Die Affection sitzt an der äusseren Haut der Nase und zwar nur an dieser, vorwiegend am häutigen Theile der Nase, an den Nasenflügeln, greift öfters auf die Wangen und Oberlippe über, verschont immer die Schleimhautknorpel und Knochen.

Man sieht zumeist Pusteln in verschiedenen Entwicklungsstadien ähnlich denen bei Acne indurata. Diese stehen einzeln oder in Gruppen, hinterlassen, wenn sie aufbrechen, runde graubelegte Geschwüre von der Grösse eines Stecknadelkopfes bis zur Grösse eines 20 Centimstückes, falls mehrere zusammengeflossene Pusteln vorausgegangen waren. Die Secretion dieser Geschwüre ist gering.

Die unregelmässig angeordneten Pusteln sitzen auf dunkelgerötheter, geschwellter Haut auf, wodurch das Volumen der Haut vergrössert und ihre Form verändert erscheint. Der Entstehung einer Pustel geht immer begrenzte Röthung und Schwellung der Induration voraus. Während die älteren Pusteln abheilen und vernarben, entstehen neue in langsamer Folge; die Heilung jeder einzelnen Pustel geht langsam vor sich, so dass der Verlauf der Affection sich gewöhnlich auf Monate und Jahre erstreckt. Die Submaxillardrüsen sind meistens nicht geschwellt. Anderweitige Erscheinungen der Syphilis können vorhanden sein (Perforation des Gaumens, Pustelsyphilid des Stammes etc.) oder fehlen. Das Allgemeinbefinden wurde immer gut gefunden.

Horand beobachtete diese Form 13mal während 18 Jahren, 9mal unter 3010 Syphiliskranken, 6mal bei Weibern, 3mal bei





Männern. Syphilide acnéique du nez repräsentirt also eine seltene Spätform, die niemals vor dem dritten Jahre auftritt, aber oft nach 20 und mehr Jahren nach der Infection beobachtet wird. Die Krankheit wurde hauptsächlich bei Leuten, welche früher nicht wegen ihrer Syphilis behandelt worden oder dem Alkoholgenuss ergeben sind, gesehen.

Die Prognose ist günstig.

Die Behandlung besteht in Verabreichung von Jodkalium (2—6 Gr. pro die).

Als locale Behandlung empfiehlt Horand erweichende Kataplasmen, Zinksalbe, Jodtinctur. Unter dieser Therapie verschwinden die Erscheinungen in der Regel binnen 2 Monaten. Riehl.

**Landesberg.** Atrophie des Sehnerven und Tabes dorsalis in Folge von Syphilis. (Berl. klin. Wochschr. Nr. 33. 1885.)

Landesberg theilt einen Fall von Tabes dorsalis mit, der durch antisyphilitische Behandlung schliesslich ganz geheilt wurde. Neben leichten Sensibilitätsstörungen an den unteren Extremitäten soll deutlich „atactischer", unsicherer und schwankender Gang vorhanden gewesen sein, das Kniephänomen fehlte gänzlich. Ausserdem war Enge und Starre der Pupillen und eine mässige Atrophie der Sehnerven vorhanden, die ebenfalls durch die Schmierkur rückgängig wurde. (Nach dem Verlaufe des Falles kann es kaum zweifelhaft erscheinen, dass eine luetische Affection vorlag. Ob es sich in der That um einen typischen Fall von Hinterstrangsclerose gehandelt hat, geht aus der Krankengeschichte nicht ganz sicher hervor.) Caspary.

**M. v. Zeissl.** Ueber Lues hereditaria tarda. (Wnr. Klinik. Nr. VII. 1885.)

Z. fasst unter die obige Bezeichnung nur solche Fälle zusammen, in welchen es erst längere Zeit (1—2 Jahre wenigstens) nach der Geburt zum Ausbruche tertiär luetischer Produkte kommt, und bei welchen früher keinerlei Zeichen hereditärer Lues zu constatiren sind. Gewöhnlich treten die Zeichen der Syph. hered. tarda erst zur Zeit der Pubertät auf. Ob der jeweilige Stand der Syphilis der Eltern auf das Auftreten der Syphilis der Kinder irgend einen besonderen Einfluss habe, ist bis heute nur so weit entschieden, als die Erfahrung lehrt, dass je intensiver und jüngeren Datums die Krankheit

der Eltern sei, um so häufiger die Früchte todt geboren werden und die Syphilis der lebend geborenen Kinder um so intensiver sich offenbart.

Die Ansicht derjenigen Aerzte, welche zur Begründung der Diagnose Syph. heredit. tarda den zweifellosen Ausschluss der Frühformen der Syph. nach der Geburt urgiren und daher consequentermassen die in Rede stehende Syphilisform leugnen, lässt sich nicht von der Hand weisen, da die ersten Syph.-Formen nach der Geburt übersehen werden können. Dieser Einwurf ist um so wichtiger, als die Diagnose Syph. hereditaria tarda sich auf laienhafte und daher unbrauchbare Anamnesen stützt.

Z. bespricht 103 Fälle, von denen 4 eigener Beobachtung, die übrigen 99 Fälle aus der Literatur zusammengestellt sind. Z. zweifelt nicht an dem Vorhandensein dieser Syph.-Form.

Klinisch ist die Syphilis hereditaria tarda charakterisirt durch Ergriffensein 1. der Gebilde des Nasenrachenraumes: Eingesunkene Nase, Perforation des Gaumens, Zerstörung der Weichtheile der Nase, des Knochensystems; 2. durch Periostitis und Ostitis mit consecutiver Eburneation und Osteophytenbildung, mitunter auch Gelenksaffectionen; 3. durch krankhafte Erscheinungen des Nervensystems, Convulsionen und Kopfschmerzen, ferner Geistesstörungen, und 4. durch Affectionen der Sinnesorgane, Keratitis parenchymatosa, die übrigens auch bei anderen Erkrankungen vorkommen kann, und ebensowenig wie die Erkrankung des Gehörorganes ein ständiges oder regelmässiges Ereigniss der tardiven hereditären Lues ist. Selbst die bekannte Verbildung der mittleren oder der seitlichen zwei Schneidezähne ist für die in Rede stehende Affection keine regelmässige Begleiterin.

Horovitz.

## Therapie der Syphilis.

**Aubert.** Belladonna bei Intoleranz gegen Jodkalium. (Lyon médical, 29. März 1885. Wnr. med. Wochenschr. Nr. 19. 1885.)

Unter einer grösseren Anzahl von Individuen finden sich immer einige, bei welchen der Gebrauch selbst kleiner Dosen von Jodkalium so heftige Reactionen von Seiten der Schleimhaut, der Nase und des Rachens erzeugt, dass das Medicament nicht weiter gegeben werden kann. Bei solchen Patienten fand A. die Hinzufügung einer Dosis



von 0·05 Gr. Extr. Belladonnae in Pillenform nöthig, um die volle Toleranz für Jod herbeizuführen. Er konnte selbst nach einiger Zeit das Belladonnapräparat aussetzen, ohne dass die unangenehmen Nebenwirkungen des Jodkaliums wieder auftraten.

**Bockhart.** Blutserumquecksilber, ein neues Präparat zur Injectionsbehandlung der Syphilis. (Monatshefte für prakt. Dermatologie. Nr. 5. 1885.)

Unna verlangte von einem zur Injectionstherapie verwandten Hg-Mittel eine solche Beschaffenheit, vermöge welcher es bei der Resorption die Zellen der Gefässwandungen am wenigsten alterire, d. h. dem Blutserum in seiner Constitution nahe stehe. B.'s Blutserumquecksilber soll dieser Anforderung besser als alle anderen Injectionsmittel entsprechen, da dasselbe schon ausserhalb des Körpers einen Stoff darstellt, in welchen alle injicirten Mittel übergehen müssen. Dieses Präparat unter die Haut gebracht, geht keine weiteren Veränderungen ein und steht dem Gewebssafte chemisch nahe. Es wird so dargestellt, dass nach Koch sterilisirtes Blutserum filtrirt und von dem Filtrate 40 Ccm. in ein graduirtes Gefäss gegossen wird. Durch 3 Gr. Sublimat in 30 Gr. Wasser bei 50° Temperatur wird das Albumin aus dem Serumfiltrat ausgefällt und nach Hinzufügung von 7 Gr. ClNa in 20 Gr. destillirtem Wasser wird der Niederschlag gelöst. So entsteht eine 3%ige Lösung unseres Mittels, aus welcher nach entsprechendem Wasserzusatze eine 1½%ige Lösung hervorgeht. Diese Lösung ist eine neutrale, gelbliche, opalisirende Flüssigkeit, die in dunklem Glase an einem kühlen Orte sehr lange haltbar ist. Das Präparat zersetzt sich nicht und liefert auch keinen Nährboden den Spaltpilzen. Nach erfolgten Thierversuchen behandelte B. mit dem Mittel Menschen, die verschiedene Formen frischer und später Syphilisprodukte darboten. Es wurden 23 Fälle mit 505 Injectionen behandelt. Die Injectionen wurden theils täglich, theils alle zwei Tage gemacht. Injicirt wurden gewöhnlich 0·7 Gr. der 1½%igen Lösung, d. h. 0·01 an Eiweiss gebundenes Sublimat. Es ruft keine örtliche Reaction, keine Indurationen, keine Abscesse hervor und soll ziemlich schmerzlos sein. Nach der Injection wurde massirt. Als Einstichsstellen wurden gewählt: der Rücken, die Nates und der Oberschenkel. Von unangenehmen Nebenwirkungen konnte Z. nur geringgradigen Speichelfluss, üblen Geschmack oder leichte Stomatitis beobachten.



Schon 24 Stunden nach der ersten Injection und noch 11 Wochen nach der letzten konnte es im Harne nachgewiesen werden. Das Präparat ist wohlfeil.

Die zu Injectionszwecken in Anwendung kommenden Mittel werden nicht gleich rasch aus dem Körper ausgeschieden. Mit Levin'scher Sublimatlösung behandelte Kranke liessen noch in der 18. Woche nach der letzten Injection Hg im Harne constatiren. Mit Auspitz'scher Chlornatrium-Sublimatlösung behandelte Patienten hatten noch in der 13. Woche nach der letzten Injection Hg im Harne. Nach Quecksilberalbuminat und Quecksilberpeptonat war noch in der 10. und 11. Woche Hg im Harne zu finden. Nach Application der Amidverbindungen des Quecksilbers war noch in der 6. Woche nach der letzten Injection Hg im Harne nachzuweisen. Das Quecksilberbicyanuret dürfte den Amidverbindungen gleich zu setzen sein, was die Wirksamkeit betrifft. Calomel dürfte sehr lange Zeit nach geschehener Injection Hg im Harne nachweisen lassen. Die graue Salbe lässt aber noch 6 Monate lang nach ihrem Gebrauche Spuren von Hg im Harne zurück. Aehnlich dürften noch die Mercurseife, Unna'sche Hg-Pflastermulle und Quecksilberoleat wirken. Was Schmerzhaftigkeit betrifft, so steht in erster Reihe das Calomel und in letzter die graue Salbe; in die Mitte fallen die übrigen Präparate.

Aus diesen Thatsachen ergibt sich bei Erwägung der einzelnen Fälle, dass die erwähnten Präparate eine bestimmte Indication haben. B. empfiehlt daher die graue Salbe nur beim ersten Ausbruche der Secundärsymptome anzuwenden, und zwar erst nach Ausbruch der Allgemeinerscheinungen. Wo dies unthunlich ist, wird man zu einem anderen der obigen Präparate greifen müssen.

Zu Nachkuren wähle man nicht die graue Salbe, sondern die milder wirkenden Injectionspräparate.

**Bockhart.** Zur Aetiologie und Behandlung der ulcerösen Mercurialstomatitis. (Monatshefte f. prakt. Dermat. IV. B. Nr. 8. 1885.)

B. fand, dass die im Verlaufe einer Hg-Kur auftretenden Mundgeschwüre und die Stomatitis ulcerosa nicht von mangelhafter Mundhygieine, sondern von Erosionen der Epithelialschicht der Mundschleimhaut und der Einwirkung Hg-haltigen Speichels auf diese erodirten Stellen abhängen. Solchen Epithelverlusten ist besonders



derjenige Theil der Wangenschleimhaut, der der Berührungsebene der Zahnreihen gegenübersteht, ausgesetzt. Dieser Schleimhauttheil bildet eine vorspringende Leiste, die beim Kaugeschäfte verletzt wird. Ferner sind Epithelläsionen ausgesetzt, die Gingiva eines spät durchbrechenden Weisheitszahnes; die Ränder der unter Hg-Einfluss geschwellten Zunge und die durch scharfe Zahnkanten oft lädirten Schleimhautpartien. Es ist ferner sichergestellt, dass der Speichel mercurialisirter Menschen Hg-haltig ist. 8 ad hoc angestellte Versuche lehrten B., wie die Hg-Geschwüre entstehen. Wenn Sublimatlösung häufig auf ihres Epithels beraubte Stellen einwirkt, so wird deren Heilung gehemmt und wenn die daselbst angesiedelten Pilze fleissig entfernt werden, so kommt es nur zu oberflächlicher Nekrose. Wenn aber während einer solchen Sublimateinwirkung die Pilzmassen nicht entfernt werden, so entstehen an Stelle der Erosionen diphtheritische Geschwüre. Frauen werden häufiger als Männer von der ulcerösen Mercurialstomatitis befallen. Nach Hg-Einreibungen tritt die Stomatitis rascher als nach Injectionen auf.

Prophylaktisch empfiehlt B. die Entfernung cariöser Zähne, scharfer Zahnkanten bei Beginn einer Hg-Kur. Das Gurgelwasser mit Kali chiloricum in der bekannten Weise verwirft B. Zur Verhütung von Mercurialgeschwüren auf den durch die Zähne während der Kaubewegungen beständig erodirten Schleimhautstellen hat sich folgende Massregel bewährt: Mehrere Tage vor Beginn der Kur werden diese Partien 5—6mal täglich mit einer Tanninlösung nachfolgenden Recepts:

| | | |
|---|---|---|
| Rp. | Acid. tannic. . . . . | 5—10,00 |
| | Glycerin . . . . . | 20,00 |
| | A. dest. . . . . . | 80,00 |

bestrichen. Nebstbei wird ein adstringirendes Mundwasser von Tinct. Ratanhiae ordinirt. Die Einpinselungen werden auch während der Kur fortgesetzt.

Horovitz.

**Campana.** Behandlung der hereditären Syphilis bei Säuglingen. (Clinica dermopatica e sifilopatica della Ra. Univ. di Genova. II. 2. 1885.)

In mehreren von Campana mit gutem Erfolge behandelten Fällen hereditärer Syphilis bei Säuglingen bestand die Behandlung in Folgendem: a) Für die Mutter oder Amme: Kräftigung, Jodpräparate.



(b Für den Säugling: 1. Subcutane Injectionen von 2—10 Mgr. Sublimat, jeden zweiten Tag; 2. täglich warme Bäder; 3. Sublimatbäder, 2,0—3,0 pro Bad, 1—2mal die Woche; 4. sorgfältige Reinigung der Schleimhäute, besonders der Mundschleimhaut nach jedem Saugen; 5. antiseptische örtliche Behandlung. Die Raschheit der Entwicklung der hereditären Syphilis, die Acuität des Verlaufes, welche die in Folge der chronischen Dyskrasie entstandenen Produkte darbieten, die Tendenz zur Entwicklung acuter Entzündungen der Haut und des subcutanen Gewebes, die der hereditären Syphilis eigen ist, die bedeutende Beschränkung des Allgemeinbefindens, sind Gründe, eine rasche, energische Behandlung einzuleiten; der bedeutende Zerfall, die rapide Entwicklung ausgebreiteter örtlicher Processe machen eine streng antiseptische örtliche Behandlung nothwendig. Die subcutane Behandlung wählt C. aus dem Grunde, weil sie die rascheste Einfuhr genügender Quecksilbermengen beim Kinde ermöglicht.

Dr. Finger.

**Bidenkap.** Einige Bemerkungen über Sarsaparilla und Jod gegen Syphilis. (N. Mag. f. Laeger. XV. Bd. 9. H. nach wörtlicher Uebersetzung von Prof. Lang in Innsbruck.)

Radix Sarsaparillae, die einst wie Guajac, Sassafras, Radix Bardanae und mehrere andere in grossem Ansehen als Antisyphiliticum stand, hat in den letzten Jahren nebst den anderen erwähnten Pflanzenmitteln und noch einigen neueren, die eine noch kürzere Glanzperiode gehabt haben, alles Vertrauen verloren.

B's Erfahrung nach ist dies Misstrauen, was die Sarsaparilla betrifft, nicht ganz begründet. B. hat vielmehr gefunden, dass dieses Mittel unter gewissen Umständen, und wenn es zur rechten Zeit angewendet wird, ein vorzügliches Medicament bei der Behandlung von Syphilis, zum Theil auch von anderen Hautkrankheiten sei. Die Ursache des gesunkenen Ansehens der Sarsaparilla wird gewiss in der schematischen Form zu suchen sein, in welche man ihre Anwendung, ohne erfahrungsmässige Indicationen aufzustellen, eingeordnet hat. In älteren Zeiten, als jede quacksalberische Methode (sit venia verbo!) gegen die Syphilis angewendet, eine gewisse „Cur", ohne Rücksicht auf die individuellen Verhältnisse nach höchst irrationell zusammengesetzten Formeln in Anwendung gezogen wurde, schlug natürlicher Weise dies Mittel wie alle anderen fehl.



Nun scheint es glücklicher Weise als ob diese „Curen", die in den alten Tagen sogar in der Apotheke wie andere Hausmittel verkauft und unbarmherzig in die Kranken gepfropft wurden, nicht mehr angewendet werden. Noch im Jahre 1854 wurde in Norwegen die Formel des alten Decoct. Zittmanni mit seinem Absude von Calomel und Zinnober nebst Sarsaparilla und verschiedenen anderen Ingredienzien in unsere damals ausgegebene neue Pharmakopöe aufgenommen, ein Zeichen des wenig vorgeschrittenen, ‚wissenschaftlichen Sinnes. So wurde die Sarsaparilla wesentlich das Mittel der Quacksalber und von diesen wird sie noch heute angewendet, wenn auch wegen ihres hohen Preises in kleinen Dosen und in kurzer Zeit. Bärensprung benützte die Sarsaparilla methodisch und suchte statistisch die Resultate dieser Behandlung aufzustellen; diese Versuche aber hatten zur Absicht den Patienten die Sarsaparilla ohne Unterschied zu geben, namentlich in dem früheren, constitutionellen Stadium und die Resultate waren nicht sehr günstig. Als Secundararzt bei dem früheren Oberarzte Dr. Hjort hat B. im Anfange der 60er Jahre dieser Behandlung folgen können, die damals von ihm versucht wurde. Sie kam B. aber nicht nachahmungswürdig vor.

B. bemerkte indessen, dass die Sarsaparilla doch in einzelnen Fällen zu nützen schien, nämlich in den späteren Stadien der Krankheit, und seitdem hat er einige Versuche gemacht, die ihn in der Auffassung bestärkt haben, dass die Sarsaparilla in diesen mit sogar oft sehr günstigen Resultaten angewendet werden kann. B. stellte daher in der Versammlung der medicinischen Gesellschaft am achten November 1876 einen Patienten vor, bei dem ein hartnäckiger, gummöser Process wesentlich im Antlitze, durch die Anwendung der Sarsaparilla geheilt worden war, und knüpfte dazu einige Bemerkungen über die Anwendung dieses Mittels (siehe die Verhandlungen der medic. Gesellschaft 1876, pag. 171, in „Norskmagazin for laegevidens kaben" gedruckt). Der Patient, ein 26jähriger Mann kam den 15. Juni 1875 in die Hautkrankenabtheilung mit einer beinahe völligen Destruction der cartilaginösen Theile der Nase, mit bedeutendem Substanzverluste auf der Oberlippe und mit ziemlich ausgedehnten Infiltrationen und Ulcerationen im Umkreise der destruirten Theile. Er wurde erst mit Jodkalium und Scarificationen behandelt, aber ohne Erfolg, indem die Ulcerationen sich stets ausdehnten. Im August 1876, folglich nachdem mehr als ein Jahr verstrichen war, war noch keine





Besserung eingetreten und neue Ulcerationen hatten sich noch immer gebildet.

Damals hatte B. die Abtheilung übernommen und gab ihm Sarsaparilla (in Decoct. 30 Grm. mit 500 Grm. Colatur, täglich) und nachdem er diese in 100 Tagen gebraucht hatte, also nachdem er den Absud von 3 Kgr. Sarsaparilla verzehrt hatte, waren alle Wunden geheilt und die Infiltrationen geschwunden. B. erfuhr, dass er seitdem kein Recidiv gehabt hat. So günstig wie in diesem Falle wirkt die Sarsaparilla natürlicher Weise nicht immer, aber bei Patienten, die an gummösen Processen leiden, und nicht immer das Jod vertragen oder bei denen die Jodpräparate nicht wirken, was besonders der Fall nach längerem Gebrauche ist, verdient sie gewiss versucht zu werden, und man wird oft überraschend günstige Resultate sehen. Sie wirkt zwar nicht so schnell wie Jodkalium, dagegen aber wird sie nicht die unangenehmen Complicationen hervorbringen, die oft durch Jod entstehen. In der Regel wird das allgemeine Befinden sich verbessern und der Appetit und die Kräfte werden zunehmen. Auch in der secundären Periode, wo die Symptome der Syphilis wesentlich noch von irritativer oder entzündlicher Natur sind, gibt es gewisse Fälle, die sich zur Behandlung durch Sarsaparilla vorzüglich eignen.

In der Regel werden gewiss Symptome dieser Art nach dem Verlaufe kürzerer oder längerer Zeit spontan schwinden, namentlich unter passenden hygienischen Verhältnissen wie z. B. in einem Hospitale. In den meisten Fällen verläuft die constitutionelle Syphilis unter derartigen Verhältnissen gutartig, und die Symptome derselben werden in 4—5 Monaten geschwunden sein. Zuweilen aber dauert es längere Zeit, neue Ausbrüche entwickeln sich, besonders Papeln; der Hautausschlag wird ringförmig und bleibt länger stehen, und das allgemeine Befinden des Patienten fängt an zu leiden. Unter diesen Umständen scheint die Sarsaparilla am häufigsten günstig zu wirken. Selbst die meist energische Mercurialbehandlung scheitert zuweilen an solchen Fällen, bei welchen nichts länger zu wirken scheint, und eben in diesen hat B. sehr günstige Resultate durch die Anwendung der Sarsaparilla gesehen.

In der Frühperiode, während des Ausbruches und ein paar Monate nach dieser, wirkt die Sarsaparilla nach B.'s Erfahrung wenig oder nichts, zuweilen vielleicht auch schädlich. Man könnte



freilich nach den Journalen des Hospitales eine Statistik aufstellen und ausrechnen, wie lange Zeit die Behandlung durch Sarsaparilla in Anspruch genommen hat. Allein B. will keine irreleitende Statistik aufstellen und hat nur die Resultate seiner Erfahrung hervorgehoben, um das Mittel einer neuen Prüfung zu empfehlen.

In der Regel hat B. ein Decoct. von Sarsaparilla (30,00 bis 50,00) angewendet. Eine solche Portion wird täglich 3 bis 6 Wochen lang genommen. Bei Frauen und namentlich bei solchen, die an Anämie und Gastralgie oder Gastritis leiden, hat B. es für nöthig befunden, kleinere Dosen anzuwenden, bis zur Hälfte. Bei einigen dieser Patienten war B. auch genöthigt gewesen mit dem Mittel nach dem Gebrauche einige Zeit aufzuhören, weil es Anorexie und Erbrechen hervorrief. Sonst wird es sehr wohl vertragen. Während also die Sarsaparilla sowohl in der „tertiären" Periode als auch in den späteren Stadien der „secundären" günstig zu wirken scheint, eignen die Jodpräparate sich wie bekannt beinahe ausschliesslich für die „tertiäre" Periode, worin sie wohl als das Hauptmittel betrachtet werden können. Während der „secundären" Periode wirken sie in der Regel nicht günstig, besonders wenn sie längere Zeit und in grösseren Dosen angewendet werden. Doch gibt es einige Ausnahmen von dieser Regel.

Gegen den Schluss des zweiten Incubationsstadiums und unmittelbar vor dem ersten Ausbruche auf der Haut und der Schleimhaut treten oft Unwohlsein, etwas vermehrte Temperatur und Schmerzen im Kopfe ein, zuweilen auch Schmerzen in den Gliedern nebst Empfindlichkeit auf Druck, besonders an einzelnen Stellen des Cranium und der Tibia.

Die Schmerzen treten, wie bekannt, mit einer gewissen Periodicität, mit Exacerbationen des Abends und des Nachts, und mit Remissionen oder Intermissionen am Vormittag auf. Zuweilen treten die Symptome erst, nachdem der Ausbruch auf der Haut sich gezeigt hat oder vielleicht in einer noch späteren Periode der Krankheit ein, und sie werden dann oft von neuen Ausschlägen begleitet. Mitunter treten Geschwulst und Röthung der Haut auf, besonders in der Regio parietalis oder frontalis oder über die Tibia, als ein Zeichen, dass der irritative Process in Periost eine gewisse Höhe erlangt hat. Unter diesen Umständen bewirkt das Jod und namentlich das Jodkalium sehr schnell sogar in kleinen Dosen eine auffallende Besserung.

Die Temperatur sinkt, Empfindlichkeit und Schmerzen n
und ein grösseres Wohlbefinden tritt ein.

Oft sind 5 bis 10 Grm. Jodkalium zureichend das Ve
der Schmerzen völlig zu bewirken. Auch bei dem sogenann
litischen Rheumatismus, der in der „secundären“ Periode n
ist, so wie auch bei Myositen und ulcerösen Syphiliden
Periode (Rupia) ist das Jodkalium oft sehr nützlich.

B. fand es für das zweckmässigste, mit kleinen D
Jodkalium anzufangen. (Ein Esslöffelvoll einer 2%igen A
3 bis 4 mal täglich). Oft sind diese Dosen hinreichend;
aber muss man sie vergrössern, wenn das Mittel nicht schn
wirkt. In derselben Weise wurde Jodoform angewendet, w
Jodkalium nicht wohl vertragen wurde, und zwar in Pillen vo
3 bis 4 täglich, und ungefähr mit demselben Resultate.

---

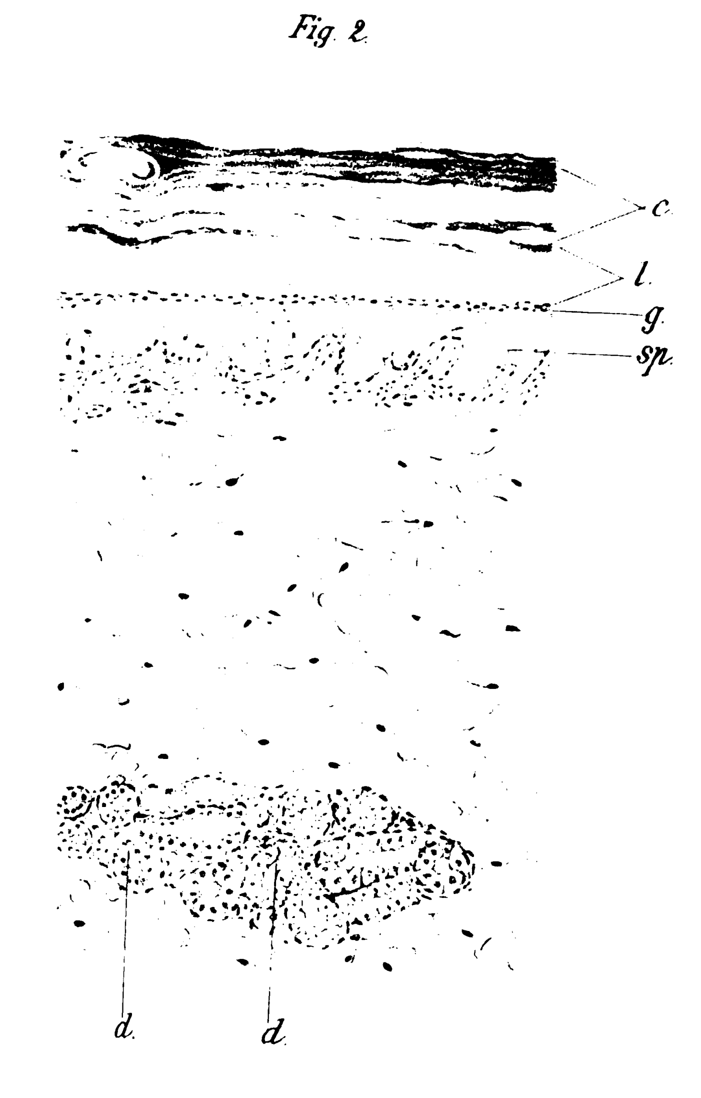
C. Ueberreuter'sche Buchdruckerei (M. Salzer) in Wien.

Druck v. Th. Bannwarth, Wien

Caspary. Ueber Ichthyosis foetalis

Taf. II.

Fig. 2.




Druck v. Th. Bannwarth, Wien.



Fig. 1.

R

T

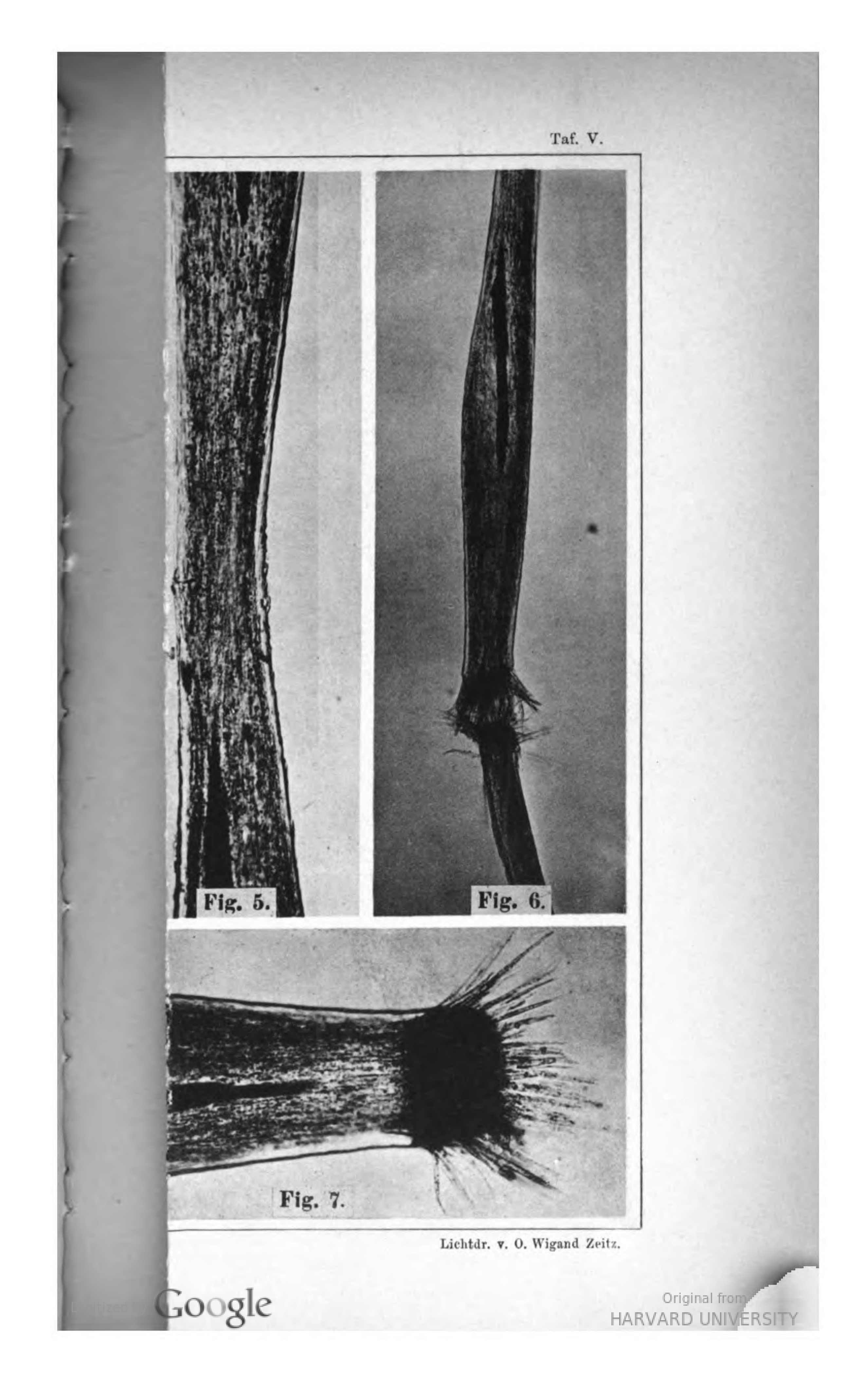
R,

T.

Riehl u. Paltauf: Tuberculosis verr. cutis

Gez. u. lith. v. C. Henning, Druck v. Th. Bannwarth, Wien






Lichtdr. v. O. Wigand Zeitz.

# Inhalt des 2. Heftes.

## Originalabhandlungen.



## Bericht über die Leistungen auf dem Gebiete der Dermatologie und Syphilis.

### Hautkrankheiten.

**Anatomie, allg. Pathologie und Therapie der Haut.**

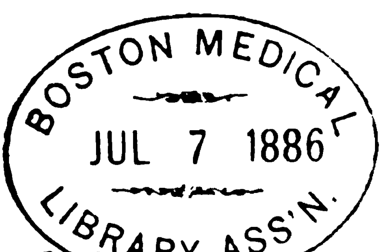


**Einfache** (oberflächliche und tiefgreifende oder phlegmonöse A.) **Hautentzündungen.**










# Ueber das Verhältniss des papulösen Syphilides zur Psoriasis vulgaris.

Vortrag, gehalten im Verein der Aerzte in Krain.

Von

**Dr. J. Dornig**

Primararzt in Laibach.

Weyl, der in von Ziemssen's Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie[1]) das Capitel Psoriasis bearbeitet hat, stellt darin den Satz auf, dass die Syphilis keinen Einfluss auf eine existirende Psoriasis habe. Kehren wir diesen Satz um und fragen wir: Hat die Psoriasis einen Einfluss auf die Syphilis, resp. auf die Entwicklung syphilitischer Hauteruptionen? so glaube ich diese Frage entschieden bejahen zu können und zwar auf Grund folgenden Falles meiner Beobachtung:

Der 24jährige Tischlergehilfe Franz Br., ein grosser, kräftiger Bursche, wurde am 15. September 1885 auf die syphilidologische Abtheilung des Landeskrankenhauses in Laibach aufgenommen. Bei der Aufnahme constatirten wir eine am inneren Blatte der Vorhaut sitzende halbkreuzergrosse, exulcerirte syphilitische Sclerose und indolente Schwellung der Inguinaldrüsen beiderseits. Syphilitische Allgemeinerscheinungen fehlten noch, dagegen fanden wir die Haut an der Streckseite der oberen und unteren Extremitäten mit, besonders an den Ellbogen und Knien mächtig entwickelten, psoriatischen Schuppenschichten bedeckt, während Brust, Bauch und Rücken, sowie die Beugeseite der Vorderarme und die Nates mit disseminirten kleineren, weniger schuppenden Psoriasisscheiben besetzt waren. Der Kranke gab an, seit 16 Jahren an der Schuppenflechte zu leiden und schon wiederholt daran behandelt worden zu sein, so i. J. 1879 auf weil. Prof. v. Sigmund's Klinik in

[1]) XIV. Band 1. Hälfte.

Wien und 1882 (während seiner Militärdienstzeit) in Baden bei Wien, woselbst er die Badekur gebrauchte. Das Geschwür an der Vorhaut bestehe seit Mitte August 1885; wann er sich inficirt habe, könne er nicht angeben.

Am 27. September kam unter leichter Fieberbewegung ein syphilitisches Fleckenexanthem zum Ausbruch, welches namentlich am Thorax, aber auch am Abdomen und an der Beugeseite der Extremitäten deutlich hervortrat; daneben bestanden die Psoriasis-Efflorescenzen unverändert fort.

Der weitere Krankheitsverlauf bot während der folgenden 14 Tage nichts bemerkenswerthes, bis am 13. October bei der Morgenvisite der Kranke über heftige Kopfschmerzen, welche ihn des Nachts nicht schlafen liessen, über Abgeschlagenheit, Hitze, Durst und Appetitlosigkeit klagte. Die Körpertemperatur betrug am Abend des 13. October 39·4° C.

14. October: Temp. Früh 38·4°, Abends 39·1°. Die Kopfschmerzen etwas geringer.

15. October: Temp. Früh 39°, Abends 38·6°. An der Stirne, an der Brust- und Bauchhaut einzelne grosspapulöse Efflorescenzen.

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 16. | October: | Temp. | Früh 37·2°, | Abends | 38·0°. |
| 17. | „ | „ | „ 37·2°, | „ | 37·1°. |
| 18. | „ | „ | „ 37·1°, | „ | 37·3°. |
| 19. | „ | „ | „ 36·4°, | „ | 36·3°. |

Von da an blieb die Temperatur normal, die Kopfschmerzen liessen nach. An der Haargrenze, nach aussen vom linken Stirnbeinhöcker, hatte sich ein vierkreuzerstückgrosser, bei Druck schmerzhafter Tophus entwickelt. Mittlerweile hatte das lenticuläre Syphilid, dessen ich bereits Erwähnung that, weitere Fortschritte gemacht; es occupirte jetzt Stirne, Nase, Wangen, Brust und Bauch, sowie die Volarfläche der Vorderarme, und war auch am Penis in einzelnen Exemplaren vertreten.

Die auf der Brust, besonders aber die am Bauche und an der Beugeseite der Vorderarme sitzenden papulösen syphilitischen Efflorescenzen liessen sich von den früher an diesen Stellen vorhandenen psoriatischen Flecken nicht mehr differenziren, oder besser gesagt, es hatten sich erstere an die Stelle der letzteren gesetzt. Der Uebergang war ein ganz allmählicher gewesen, und ich erhielt den Eindruck, als wären die Psoriasis-Efflorescenzen nach



und nach durch die lenticulären Papeln substituirt worden, welch letztere sich also auf der Basis der Psoriasis-Efflorescenzen entwickelt hätten.

Je genauer ich diese, mich anfänglich befremdende Erscheinung prüfte, desto deutlicher wurde es mir, dass hier keine Täuschung vorliege: die syphilitischen Papeln waren factisch auf dem Boden der Psoriasis-Plaques entstanden. Durch den Contrast mit anderen Hautpartien trat dieses Verhältniss noch markanter hervor; denn, während an der Streckseite der Extremitäten die mächtig entwickelten psoriatischen Plaques noch unverändert fortbestanden, waren die spärlicher gesäeten Psoriasis-Efflorescenzen, die früher an der Beugeseite der Vorderarme, an der Brust und am Abdomen zu sehen waren, als solche nicht mehr vorhanden. An diesen Stellen traf man lediglich lenticuläre syphilitische Efflorescenzen mit allen für diese Species von Syphiliden charakteristischen Merkmalen.

Ueber den ferneren Krankheitsverlauf kann ich mich kurz fassen: Die papulösen Efflorescenzen involvirten sich allmählich, so dass Mitte November nur mehr vereinzelte Spuren des Syphilides zu sehen waren. Auch die Sclerose gelangte bis dahin fast ganz zur Resorption, ebenso die periostale Geschwulst an der Stirne.

In der Literatur, so weit sie mir zu Gebote steht, habe ich über ein ähnliches Verhältniss zwischen Psoriasis vulgaris und Syphiliden, wie ich es beobachtet habe, keine Angaben gefunden, ich muss daher annehmen, dass meine Beobachtung so ziemlich vereinzelt dasteht. Dieses Abhängigkeitsverhältniss der syphilitischen Hauteruption von der Psoriasis glaube ich in dem Wesen beider Krankheiten begründet, wie ich das im Folgenden des Näheren auseinandersetzen will.

Bekanntlich hält die eine grosse Gruppe der Dermatologen die Psoriasis für eine entzündliche Veränderung der Haut, welche vorwiegend deren Papillarschicht betrifft. Nach Wertheim[1]) bestehen die anatomischen Veränderungen bei Psoriasis in Vergrösserung der Papillen, deren Gefässschlingen vielfache Windungen zeigen und das Stroma der Papillen fast vollständig ausfüllen. Neumann[2]) fand Verlängerung der Papillen, letztere mit Rund-

[1]) Wochenblatt der k. k. Gesellschaft der Aerzte, 1860.

[2]) Lehrbuch der Hautkrankheiten, 5. Aufl.





zellen erfüllt; ferner Blutüberfüllung der erweiterten und geschlängelten Gefässe, kolbige Ausdehnung der papillären Gefässschlinge, deren Wandung durch Zellenwucherung verbreitert, schliesslich Wucherungen des Endothels an den Gefässen der oberen Cutislage.

Dieser Ansicht von der entzündlichen Natur des psoriatischen Processes und von der primären Betheiligung der Papillarschicht dabei trat zuerst Robinson[1]) entgegen, welcher behauptet, dass der primäre anatomische Process bei der Psoriasis in einer Wucherung des Rete Malpighii zu suchen sei. Aber auch Robinson fand die Gefässe in den Papillen und den obersten Partien des Corium erweitert und von reichlicher Rundzellenwucherung umgeben. Und in einem Durchschnitte einer Psoriasisplaque nach Jamieson[2]), welcher sich im Ganzen der Ansicht Robinson's anschliesst, finde ich Erweiterung der Cutisgefässe und Infiltration der Papillen.

Auspitz[3]), welcher gleich den ebengenannten zwei Autoren den primären Sitz der Erkrankung in die Epidermis verlegt, läugnet sehr entschieden den entzündlichen Charakter der Psoriasis und definirt sie als eine Anomalie des Verhornungsprocesses, als eine Parakeratose; doch constatirt auch Auspitz Blutüberfüllung der Papillargefässe, stärkere Schlängelung und Einrollung einzelner Papillenschlingen und — nach längerem Bestande einer Psoriasisplaque-Vermehrung der runden und spindelförmigen Zellen in den Papillen, wenn er auch diese Veränderungen als secundäre auffasst.

Mögen also die Ansichten der Autoren über das Wesen des Psoriasisprocesses noch so weit auseinandergehen, darin stimmen Alle überein, dass die Papillargefässe bei der Psoriasis Veränderungen aufweisen (Erweiterung, Schlängelung u. s. w.); ob nun diese Veränderungen primärer oder secundärer Natur sind, ist für die Folgerungen, die wir mit Rücksicht auf unseren Fall daraus ziehen wollen, nicht massgebend.

Fragen wir uns jetzt, worin das Wesen, worin der anatomische Grundcharakter der syphilitischen Exantheme überhaupt

[1]) New-York med. journ. 1879.
[2]) Reproducirt bei Weyl l. c. pag. 504.
[3]) System der Hautkrankheiten. 1881.



und der papulösen Efflorescenzen im Besonderen bestehe. Von den vielen und umfassenden Arbeiten, welchen diesen Gegenstand behandeln, will ich nur dasjenige anführen, was mir für das Verständniss unseres Falles besonders wichtig erscheint. Nach Zeissl[1]) beruhen die syphilitischen Krankheitsformen überhaupt und namentlich die der Haut auf chronisch verlaufenden, circumscripten Entzündungsherden und auf umschriebenen Bindegewebsneubildungen. Die syphilitischen Papeln sind nach ihm durch perifolliculäre oder papilläre Zelleninfiltration bedingt.[2])

Bäumler[3]) sagt: „Bei jedem syphilitischen Hautausschlag handelt es sich zunächst um eine umschriebene Gefässerweiterung mit mehr oder weniger reichlichem Austritt von hauptsächlich weissen Blutzellen entweder nur in die Gefässscheiden oder auch in das umgebende Gewebe." Weiters betont er, dass die anatomische Grundlage bei allen Syphiliden eine Zelleninfiltration sei, die von den Gefässen ausgehe. Lang[4]), welcher die durch das Syphiliscontagium gesetzten Gewebeveränderungen theils als Hyperämien, theils als geringe Infiltrationszustände bezeichnet, welche als Uebergang und Einleitung zu leichten entzündlichen Vorgängen aufzufassen sind, spricht sich bezüglich der Papel dahin aus, dass bei dieser die Zellenneubildung, die meistens den Papillarkörper betrifft, von den Gefässchen ausgehe.

Neumann[5]) endlich resumirt die Ergebnisse seiner neueren Untersuchungen über die histologischen Veränderungen der Hautsyphilide dahin: „Die Hautsyphilide beruhen, wie dies schon andere Beobachter gefunden haben, anatomisch auf Rundzellenwucherung zunächst an den Gefässen. Es sind allerdings die Gefässe der oberen Cutisschicht und des Papillarkörpers, welche erkranken, aber auch die Gefässe der tieferen Cutisschichten, des Panniculus (Arterien und Venen) sind mehr weniger afficirt. Die Intensität der pathologischen Veränderungen ist bei der recenten Form des

[1]) Lehrbuch der Syphilis, III. Aufl., II. Band, pag. 93.

[2]) l. c. pag. 120.

[3]) Ziemssen, Handb. d. spec. Pathol. u. Therap. III. Band, II. Aufl. pag. 135.

[4]) Vorlesungen über Pathol. u. Therap. der Syphilis, pag. 58 u. 80

[5]) Diese Vierteljahresschr. 1885, pag. 238.

maculösen Syphilides geringer, steigert sich aber in exquisiter Weise bei **papulösen** und tuberculösen Efflorescenzen . . . . .“

Es steht demnach ausser Frage, dass die Zellenwucherung und Neubildung, welche sich uns als syphilitische Papel darstellt, auf Betheiligung der Blutgefässe an dem specifischen Krankheitsprocesse in erster Linie zurückzuführen ist. Die syphilitische Hautpapel ist somit das Produkt einer durch das syphilitische Virus hervorgerufenen chronisch verlaufenden Hautentzündung, welche von den Cutisgefässen incl. den Papillargefässen ihren Ausgang nimmt. Dass sich diese Entzündung mit Vorliebe an Stellen etablirt, welche durch vorangegangene Reizungen — mögen diese welcher Natur immer gewesen sein — bereits pathologische Veränderungen ihres Gefässapparates zeigen, ist eine bekannte Thatsache.[1])

Was Wunder, wenn sich auch an Stellen, welche der Sitz von Psoriasis-Efflorescenzen sind, welche daher, wie wir oben gesehen haben, schon Anomalien der Gefässe aufweisen, syphilitische Papeln entwickeln; im Gegentheil, wir müssten uns wundern, wenn dem nicht so wäre.

In dem durch den Psoriasisprocess bedingten abnormen Verhalten der Gefässe finde ich somit den Grund für die Entwicklung der syphilitischen Papeln auf den psoriatischen Stellen. Bei der Verallgemeinerung des Syphiliscontagiums im Organismus, bei der Aufnahme desselben in die gesammte Blut- und Säftemasse, welche sich nebst den allgemeinen Drüsenschwellungen zunächst durch das Auftreten eines Hautsyphilides manifestirt, werden jene Partien der Haut, welche als der Sitz von Psoriasis-Efflorescenzen sich bereits im hyperämischen Zustande befinden und deren Gefässe zum mindesten erweitert, wenn nicht gar in ihren Wandungen verändert sind, in erster Linie als Ablagerungsstätten für das im Blute circulirende Contagium dienen, da ja erweiterte Gefässe die Transsudirung ihres Inhaltes in die umgebenden Gewebe begünstigen.[2]) Die Folge davon wird sein, dass es an diesen Stellen haupt-

[1]) Gegenwärtig steht auf meiner Abtheilung eine Syphiliskranke in Behandlung, bei welcher sich am Fussrücken an einer Stelle, die dem Drucke des Schuhes besonders ausgesetzt war, lenticuläre Papeln entwickelt haben.

[2]) Vergl. Lang, l. c. pag. 120.



sächlich zur Entwicklung jener umschriebenen Entzündungsherde kommen wird, auf welchen die Hautsyphilide beruhen, und dass sich gerade hier die Intensität der durch das syphilitische Virus hervorgerufenen pathologischen Vorgänge bis zur Bildung papulöser Efflorescenzen steigern wird.

Schliesslich möchte ich noch erwähnen, dass andere exquisit entzündliche Krankheitsprocesse der Haut der Psoriasis gegenüber ein ähnliches Verhalten zeigen, wie in meinem Falle die Syphilis. Nach Kaposi[1]) kann sich nämlich Eczem direct auf dem psoriatischen Fleck entwickeln und treten im Falle variolöser Erkrankung auf den psoriatischen Stellen die Blatternpusteln immer zahlreich und intensiv auf.

[1]) Pathol. u. Therap. d. Hautkrankh. I. Auflage, pag. 379.

# Ueber Pemphigus vegetans (frambosioides).

Von
Professor **I. Neumann** in Wien.

(Hiezu die Tafeln VI, VII, VIII u. IX.)

---

Nicht bald erscheint das Wesen einer Krankheit so räthselhaft, wie das des Pemphigus vegetans. Die Anschauungen über dasselbe haben auch bei wenigen Krankheiten eine so gründliche Wandlung durchgemacht wie bei dieser, und so weit wir auch die Literatur des Alterthums sowohl als der späteren Zeit durchblättern, nirgends finden wir ein Krankheitsbild beschrieben, welches dem in Rede stehenden entsprechen würde.

Am ehesten glaubte ich demselben unter dem Titel „Framboësia syphilitica" begegnen zu können. Allein der Ausdruck „Framboësia", welcher nur einer Krankheitsform, aber nicht dem Wesen der Krankheit entspricht, ist für verschiedene Hautleiden gebraucht worden. *Sauvages*[1]), welcher diese Bezeichnung in die Dermatologie eingeführt, charakterisirt sie mit folgenden Worten: „Fungi, coloris rosei, vel pallide rubri, granulosi seu papillis exasperati, muco rufescente continue madidi, nulli ulceri, sed cuti adhaerentes", himbeer- oder erdbeerartige, zumeist in der Achselhöhle und an den Geschlechtstheilen vorkommende Wucherungen, welche durch Quecksilbercuren beseitigt werden können.

Viele endemische und exotische Hautkrankheiten, welche diese Wucherungsformen darboten, wurden ohne Unterschied der Natur des Leidens unter diesem Namen zusammengefasst. [*Plenck*[2]), *Willan*[3])].

---

[1]) Nosolog. method. Amstelod. 1768.

[2]) Doctrin. de morb. cutan. Viennae 1783.

[3]) Prakt. Darst. der Hautkrankh. von *Bateman* nach *Willan*. Leipzig 1841 herausgegeben.



*Alibert*[1]) rechnet die Framboësie in die Gruppe syphilitischer Hautkrankheiten „Dermatosae syphiliticae", und unterscheidet als zweite Gattung derselben eine Mycosis frambosioides, Mycosis fungoides, Mycosis syphiloides. Allein weder in diesen noch in den multiplen beerartigen Geschwülsten von *Kölner*[2]) findet sich eine unserer Erkrankung ähnliche Beschreibung.

In einer eingehenden Arbeit über Framboësie hat *M. Kaposi* die verschiedenen Arten derselben beschrieben und wir finden unsere Erkrankung daselbst noch unter dem Titel: Syphilis cutanea papillomaformis (vegetans[3]); framboësia syphilitica erörtert und in seinem Werke: „Die Syphilis der Haut" noch durch zwei Tafeln (LIII und LIV) illustrirt. Es nimmt uns diese Auffassung nicht Wunder, da wir aus dem Munde unseres gemeinsamen grossen Lehrers Prof. *Hebra* diese Diagnose zu jener Zeit vernommen hatten.

In demselben Jahre, kurz vor der erwähnten Publication, finden wir unter dem Titel „Herpes vegetans" eine ähnliche Erkrankung von *H. Auspitz* (1869) beschrieben, deren syphilitische Natur diesem Autor wahrscheinlich ist.

Und nun ist es erklärlich, warum in der Pemphigus-Literatur weder in den älteren Werken, und in den neueren, selbst *Hebra* mitgerechnet, diese Form des Pemphigus vollständig fehlt.

Erst jener Fall, den ich im Jahre 1876 in den medicinischen Jahrbüchern veröffentlicht, der allerdings sowohl von *Hebra*, als von mir anfangs für Syphilis erklärt wurde und der im weiteren Verlaufe als deletäre Form des Pemphigus vegetans sich herausgestellt hat und in dieser Form auch von Prof. v. *Bamberger* beobachtet wurde, scheint in diese Frage einen Wendepunkt gebracht zu haben. Ich will daher sofort, bevor ich in weitere Erörterungen eingehe, denselben in kurzen Zügen, wie ich selben seinerzeit publicirt[4]) vorführen:

Ende Jänner 1875 wurde ich von dem Pädiater Herrn Prof. *L. M. Politzer* wegen eines Hautleidens der Frau B. zu Rathe gezogen.

[1]) Vorlesungen über Erkrank. der Haut, herausgegeben von *Dayne* in Paris. Leipzig 1837. pag. 294.

[2]) Klinische und experimentelle Mittheilungen. Erlangen 1864.

[3]) Arch. f. Derm. u. Syph. 1869.

[4]) Die Syphilis der Haut 1873.

Die Kranke war vorher gesund. Das Hautleiden bestand seit Ende November 1874. Zuerst hatten sich an der Haut der rechten Achselhöhle einzeln stehende Blasen entwickelt, von denen sich die Epidermis bald ablöste, welche trotz Application von Salben und trotz Aetzungen mit Lapis nicht zur Ueberhäutung gelangten.

Die Kranke war etwa 31 Jahre alt, kräftig entwickelt, gut genährt, klagte nur über Beschwerden bei den Schlingbewegungen.

Als ich dieselbe das erste Mal sah, fand ich in der rechten Achsel eine über thalergrosse, dunkelroth gefärbte, von der Epidermis entblösste Stelle, deren drusig unebene Oberfläche sich etwas über das Niveau der Umgebung abhob, von Furchen durchzogen erschien und eine dünne seröse Flüssigkeit absonderte.

Schon in der ersten Woche der Beobachtung nahmen die Wucherungen zu, so dass sie bereits fast 2 Ctm. hervorragten. Trotz Bepinselungen mit Solutio Plenkii, trotz intensiven Aetzungen mit Kali caustic. (1 : 2) traten die Excrescenzen immer mehr hervor. Bald wurde auch das Epithel der Unterlippenschleimhaut in Form von flachen Blasen emporgehoben, deren Inhalt rasch vertrocknete; nach Entfernung der Borke zeigte sich eine mit weissem, festhaftendem Belege bedeckte Stelle. Die Zahl der Efflorescenzen an der Schleimhaut der Lippen, der Mund- und Rachenhöhle vermehrte sich derart, dass die Nahrungsaufnahme sehr erschwert wurde; die Kranke konnte nur mehr Flüssiges geniessen; die Temperatur der Haut war normal, Entleerungen regelmässig, die Menses spärlich, der Harn frei von Eiweiss.

Da im weiteren Verlaufe die Wucherungen in der Achsel trotz aller Aetzungen nicht wichen, und der condylomatöse Charakter immer mehr hervortrat und der specifische Charakter nahezu zur Gewissheit zu werden schien, als die Neubildungen sich überhäuteten, konnte der Familie nach unseren damaligen Kenntnissen über die Krankheit die Diagnose der Syphilis nicht länger verschwiegen werden, obzwar die Untersuchung des Gatten keine Anhaltspunkte für dieselben dargeboten.

Am 8. Februar bemerkte ich zum ersten Male am rechten Oberarm in geringer Entfernung von der Achsel eine wallnussgrosse, prall gespannte, mit seröser Flüssigkeit gefüllte Blase, und um dieselbe vier linsengrosse Blasen von derselben Beschaffenheit.





Die Blasen entleerten sich schon am nächsten Tage spontan, und es erschien eine flache, dunkelroth gefärbte Excoriation an ihrer Stelle, die durch die Reste der noch anhaftenden Epidermishülle begrenzt war. Nach sechs Tagen sah man bereits im Centrum der excoriirten Stellen linsengrosse, erhabene, gleichmässig überhäutete Wucherungen nach Art der Condylomata lata gebildet, die sich im Höhen- wie im Breitendurchmesser weiter ausdehnten, während an der Peripherie die Epidermis durch seröses Exsudat in Form von geschlängelten Linien emporgehoben wurde. Eine Woche später zeigten sich einige gleich grosse Wucherungen an der Bauchwand und in der Inguinalfalte, gleichwie an den grossen Labien. Gleichen Schritt mit den Efflorescenzen an der äussern Haut hielten in ihrer Entwicklung die an den Schleimhäuten, nur waren hier die verursachten Beschwerden viel grösser, und trat schon nach der leichtesten Aetzung der mit diphtheritischem Belege bedeckten Stellen starke Schwellung der Lippen auf, so dass hier nur von einfachen Fetten Gebrauch gemacht werden konnte.

Die nun in Anwendung gezogenen antisyphilitischen Mittel: Jodkali, Protojoduretum Hydrargyri, Decoct. Zittmanni blieben ohne Einfluss auf die Entwickelung und den Verlauf der Efflorescenzen.

Da mir aus eigener Erfahrung an der dermatologischen Klinik nur zwei ähnliche Fälle erinnerlich waren, bei denen die Diagnose Syphilis cutanea vegetans gestellt wurde, welche lethal geendet hatten, nahm ich keinen Anstand die Umgebung der Kranken auf die gefährliche Natur des Leidens, auf den wahrscheinlich tödtlichen Ausgang aufmerksam zu machen. Der zu Rathe gezogene Prof. *Hebra* nannte beim Anblicke der Patientin sofort die Namen der zwei oben erwähnten, an seiner Klinik behandelten Kranken. Wir glaubten unserer Sache auch in diesem Falle sicher zu sein, und die Krankheit als Framboësia syphilitica oder Syphilis cutanea vegetans bezeichnen zu müssen. Die gleiche Therapie sollte fortgesetzt werden, und wurden ausser dem Gebrauch von Decoct. Zittmanni, Einstreuungen mit Alumen crudum auf die nässenden Stellen in Anwendung gezogen. Doch blieb die ganze Behandlung ohne Einfluss; die Kranke begann continuirlich zu fiebern und das Krankheitsbild änderte sich nun in eigenthümlicher Weise.

Während nun im weiteren Verlaufe nur noch einige ältere



Stellen an der Bauchwand und am Vorderarm im Centrum condylomatöse Wucherungen enthielten, stellten die neuen Efflorescenzen das reinste Bild des Pemphigus vulgaris dar. In diesem Stadium wurde die Kranke auch von Prof. *Bamberger* gesehen. Dieselben waren halbkugelig, erbsen- bis haselnussgross, ihr Inhalt gummiartig. Die meisten fanden sich an der Brust- und Bauchwand, am Rücken, einzelne an der linken Achselhaut, an vielen Stellen confluirend, und indem die Epidermis sich ablöste, lagen grössere Wundflächen zu Tage, etwa wie bei einer Verbrennung zweiten Grades. Der Schmerz war gross, Appetit fehlte vollständig, und selbst flüssige Nahrung konnte wegen Schmerzhaftigkeit der Mundschleimhaut nur mittelst eines Glasrohres genommen werden. Da auch die Nasenschleimhaut mit Blasen besetzt war, konnte die Kranke nur mit offenem Munde athmen, daher waren die Lippen trocken, mit diphtheritischen Membranen belegt, an ihren Winkeln entstanden tiefgreifende Rhagaden, die Schleimhaut der Wangen, der Zunge und des Rachens war überdies mit trockenen Borken und weissgefärbtem Exsudate bedeckt. An den Augenlidern zahlreiche Blasen, die Conjunctiva palpebrarum et bulbi injicirt, eitriges Secret abscheidend. Singultus und häufiges Erbrechen stellten sich nun ein; die ausgeschiedene Harnmenge war gering. Die Luft im Krankenzimmer hatte einen penetranten Geruch nach Ammoniak angenommen, der trotz sorgfältiger Ventilation und der grössten Reinlichkeit nicht zu beseitigen war.

Am 22. März wurde die Kranke, da die meisten Hautpartien excoriirt waren und alle Verbandmittel den übelriechenden Eiter nicht rasch genug entfernen konnten, in ein bequem eingerichtetes Wannenbad von 29° R. gebracht, dem ich eine Sublimatlösung von 10, auf 400, Wasser zugesetzt hatte. Die Kranke nahm diese Bäder bald ohne weiteren Zusatz, anfangs durch 3, später durch 8 Stunden täglich. In Salicyllösung getauchte Baumwolle schien am besten den penetranten Geruch von den Wunden zu beseitigen. Die später entwickelten Blasen waren zumeist in Gruppen beisammen, verbreiteten sich gegen die Peripherie serpiginös (P. foliaceus) weiter, während im Centrum die Haut wund blieb und an einigen Stellen einen Beleg von gelbem Exsudat zeigte. Die der Kranken verabreichten Medicamente (Acida, Chinin, Solut. Fowleri) konnten ebensowenig wie die Nahrungsmittel durch den

Mund beigebracht werden, man musste suchen, ihr Leben durch ernährende Klysmata zu fristen. Es war doch erfolglos.

Unter zunehmendem Marasmus starb die Kranke am 30. März 1875, also nach viermonatlicher Krankheitsdauer.

Wir wussten nunmehr, dass wir es nicht mit einer lethal verlaufenden Syphilis (Syphilis maligna), sondern mit einer eigenthümlichen Form des Pemphigus zu thun hatten.

Drei Jahre später habe ich diese Form in mein Lehrbuch aufgenommen und im Jahre 1880 spricht *Kaposi*[1]) über diese Krankheit mit den Worten:

„Es gibt endlich Formen von Pemphigus, bei welchen auf der blossgelegten Hautfläche der Achselhöhle, des Schenkelbuges, manchmal an anderen Stellen, drusige, viscides, bald ranzig riechendes Secret absondernde und theilweise nekrosirende fungoide Wucherungen in üppiger Weise sich entwickeln, die entweder lange stationär bleiben oder rasch serpiginös sich ausbreiten. Alle diese Formen können wohl auch in Genesung enden, führen jedoch meist zum Tode."

Während der Drucklegung vorliegender Arbeit[2]) publicirte *G. Riehl*[3]) drei gleiche, in *Kaposi*'s Klinik beobachtete Fälle, welche er durch anatomische Befunde erläutert.

Auf Grundlage weiterer Beobachtungen finden wir die in Rede stehende Erkrankung heutzutage in ein ganz anderes System eingefügt, das mit Syphilis auch nicht im Entferntesten zu thun hat. Es hat somit die Erkenntniss der Krankheit allerdings gewonnen, aber in Bezug auf deren Prognose hat keine günstige Anschauung platzgegriffen. Und in der That gibt es nicht bald ein Leiden, dessen Prognose so düster wäre, wie die Prognose des Pemphigus vegetans, welcher theils als P. vegetans foliaceus, theils als P. serpiginosus verlauft. Eine kleine, kaum thalergrosse excoriirte Stelle in der Achselhöhle, eine oder zwei Blasen an der Schleimhaut der Lippen genügen schon, um bei den betreffenden Individuen, wären sie auch von der kräftigsten Constitution, einen baldigen, nicht erst nach Jahren, sondern gewöhnlich schon nach Monaten unwiderruflich eintretenden lethalen Ausgang prognosticiren zu können.

[1]) Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten.

[2]) Atlas der Hautkrankheiten. 4. Heft.

[3]) Med. Jahrb. 1885. 4. Heft.



Das was Prof. *v. Bamberger* schon vor 25 Jahren [1]) über den Pemphigus im Allgemeinen ausgesprochen, kann für unsere zu besprechende Krankheitsform in noch erhöhtem Massstabe bestätigt werden. *v. Bamberger* äusserte sich nämlich folgendermassen:

„Wenn man berücksichtigt, wie diese Krankheit unter unscheinbaren Symptomen beginnend, doch unaufhaltsam zum tödtlichen Ausgange führt, wenn man die tiefgreifende Zerrüttung des ganzen Organismus ins Auge fasst, die unausbleiblich schon in früherer Periode eintritt, muss jeder sich die Frage stellen: wo ist der Ausgangspunkt? Es gibt nicht bald eine Krankheit, welche in einer so frühen Periode zu einem solchen Grade der Cachexie führt. Und wenn das örtliche Uebel ganz schweigt, dann verfällt der Kranke um so früher, um so rascher sinken seine Kräfte.“

Nach den früheren Anschauungen über das Wesen des Pemphigus vegetans hatte man es mit einer Erscheinungsform der Syphilis zu thun, einer Krankheit, welche den von derselben befallenen Kranken einerseits zwar in socialer Beziehung stigmatisirte, andererseits aber ihm die Hoffnung beliess, von derselben doch genesen zu können. Nach unseren heutigen Kenntnissen über den Verlauf des in Rede stehenden Leidens jedoch ist man gezwungen, dem Kranken eine absolut ungünstige Prognose stellen zu müssen.

Aus den angeführten Gründen erscheint es von Wichtigkeit, die Diagnose bei Zeiten festzustellen. Ich will daher die klinischen Merkmale dieser räthselhaften Krankheit aufführen, gleichwie die von mir beobachteten und behandelten Fälle schildern.

Die Entwicklung der Efflorescenzen geht in folgender Weise vor sich: Es erscheinen zunächst etwa linsengrosse Blasen, deren Epidermishülle im Beginne faltig, mit Zunahme des Exsudates praller gespannt ist; letzteres ist mattweiss gefärbt. Hat sich die Epidermishülle entweder spontan abgelöst oder wird dieselbe durch Reibung entfernt, so merkt man schon nach 4- bis 5tägigem Bestande der im Centrum excoriirten Stelle eine mattweiss gefärbte Erhöhung, welche rasch im Höhen- und Breitendurchmesser zunimmt, so dass in kurzer Zeit elevirte, drusig unebene, warzen- und knopfförmige, dicht aneinander gedrängte Wucherungen entstehen, welche zunächst von einem excoriirten Hofe und weiter nach aussen von schlangenlinienartig sich ausbreitenden, blasigen Abhebungen der Epidermis begrenzt sind. Diese fleischrothen, drusig unebenen, leicht elevirten Flächen

[1]) Würzburger Verhandlungen, 1860.

scheiden eine übelriechende, dünnflüssige, meist alkalisch reagirende Flüssigkeit ab. Dieselbe trocknet zu dünnen, leicht abhebbaren Krusten ein, nach deren Entfernung eine Wucherung zum Vorschein kommt, welche theilweise mit einer dünnen, leicht abstreifbaren zerfallenen Epidermisschicht bekleidet ist, theilweise umschriebene punktförmige oder kleine linsengrosse excoriirte Stellen darbietet.

Es erkranken zunächst die grossen und kleinen Labien, die Schleimhaut der Mundhöhle und der Lippen, die Haut der Achselhöhle und später erst die Vulva, die Afterfalten und die Mastdarmschleimhaut. Selbst die Vaginalportion des Uterus bleibt nicht immer intact. Beim Manne wird neben der Mundschleimhaut die Gegend der Symphyse, die inneren Schenkelflächen, die Nates, zuerst ergriffen, so dass die Hautaffection bei oberflächlicher Besichtigung ein dem Eczema marginatum ähnliches Bild gewährt; auch die Kopfhaut ist bisweilen Sitz ausgedehnter Efflorescenzen.

An der Schleimhaut der Lippen und der Wangen entstehen umschriebene Abhebungen des Epithels, nach dessen Abstossung wunde Flächen zu Tage treten, die mit schmutzig gelbem Exsudat bedeckt sind. Von der Schleimhaut der Lippen und Wangen verbreiten sich die Efflorescenzen in Form von serpiginösen Linien weiter nach aussen, indem die Epidermis der Umgebung des Mundes durch eine seröseitrige Flüssigkeit abgehoben wird, wobei es zur Zerklüftung in den Mundwinkeln kommt. Nach kurzem Bestande wird auch die Schleimhaut der Zunge, der Uvula, die Tonsillen, der hinteren Rachenwand, der Pharynx und Larynx von dem Zerstörungsprocesse befallen. Die Blosslegung der Schleimhaut macht den Durchtritt der Luft und der Nahrung schmerzhaft, so dass die Kranken, namentlich wenn die Efflorescenzen auch die Nasenschleimhaut befallen, und genöthigt sind, mit offenem Munde zu athmen, die Nahrung verweigern. Die Schleimhaut wird trocken, rissig; es entstehen zahlreiche Rhagaden. Die Zunge schwillt an, an ihrem infiltrirten Rande drücken sich die Zähne ab, so dass sie die Gestalt des Eichenblattes erhält; die Zahnabdrücke werden excoriirt.

Solche Blasen, wie sie oben geschildert wurden, können im weiteren Verlaufe an jeder Stelle oder allgemeinen Decke erscheinen. Namentlich erwähnen wir die Achselhöhle, das Nagelbett und die Vola manus. Der Nagel wird durch die Blasen und die consecutiven Wucherungen emporgehoben, während das Nagelbett





in der Peripherie von einem Wall abgehobener Epidermis begrenzt ist. Von Blasen an der Vola manus geht mitunter eine Lymphangioitis aus, welche sich bis in die Achselhöhle verfolgen lässt. Dort, wo es zur Rückbildung der Wucherungen gekommen ist, erscheint die Haut dunkelbraun bis schwarz pigmentirt. Je älter die Krankheit geworden, desto mehr nimmt die Tendenz zur Bildung von papillomatösen Wucherungen ab und es tritt fast ausschliesslich Blasenbildung mehr in den Vordergrund; schliesslich lösen sich nur mehr Epidermis in Form von grösseren Lamellen ab, wodurch der Papillarkörper blossgelegt erscheint und das ganze Krankheitsbild eine grosse Aehnlichkeit mit Verbrennungen zweiten Grades erhält. In diesem Stadium der Krankheit wird es dem Kranken schwer, zu liegen, und gewährt ihm der Aufenthalt im continuirlichen Bade eine erquickende Erleichterung. Die rasch sich zersetzenden Krankheitsprodukte gestalten den Aufenthalt in der Nähe solcher Kranken zu einem der lästigsten und treten überdies in ultimis noch Erscheinungen der oberflächlichen Gangrän hinzu, so macht der aasartige Geruch, den sie exhaliren, das längere Verweilen bei ihnen geradezu unmöglich.

Denkt man sich nun derartige Wucherungen, dicht aneinander gedrängt auftreten, wie dies am Mons Veneris, an der inneren Schenkelfläche und am Gesäss vorzukommen pflegt, so tritt die Aehnlichkeit mit confluirenden breiten Condylomen deutlich hervor, dass es nicht leicht ist, sofort die richtige Diagnose zu stellen und daher selbst die letzten vier weiter zu erörternden Fälle vorher eine antisyphilitische Cur zu passiren hatten, bevor sie in meine Klinik eintraten. Ich möchte daher, um solchen Verwechslungen vorzubeugen, folgende drei Momente für die Differentialdiagnose betonen:

1. Die Beschaffenheit der Peripherie der Wucherungen. Die Wucherungen sind beim Pemphigus stets von dem oben angeführten Blasenwall umgeben, während sie bei confluirender condylomatöser Syphilis durch einen scharfen infiltrirten Rand begrenzt werden.

2. Die Epidermidal- und Epithelialverluste an den Wucherungen selbst, welche derselben gewissermassen ein gestipptes Aussehen geben und nicht verwechselt werden können mit dem an breiten Condylomen zuweilen vorkommenden gleichmässigen Belag.





3. Der Verlauf und die begleitenden Erscheinungen. Condylomatöse Wucherungen in Folge von Syphilis setzen immer eine gewisse Acuität des Processes voraus und werden demnach dieselben stets auch von anderen Symptomen der Syphilis begleitet sein. Während ferner bei Syphilis, auch wenn solche Wucherungen sich selbst überlassen bleiben, schliesslich doch eine spontane Rückbildung erfolgt, nehmen im Gegentheile die Wucherungen des Pemphigus, je länger die Krankheit dauert, desto mehr zu, und in dem Masse, als dieselben wachsen, in demselben Masse schwinden auch die Kräfte der Kranken.

In dem Angeführten dürften die wichtigsten Symptome aufgeführt sein, welche meine bisherigen Beobachtungen ergaben. Es können vielleicht noch andere Momente in Betracht kommen. Wenn man aber berücksichtigt, dass ich bis jetzt nicht mehr als 9 derartige Fälle gesehen habe, so werden die Lücken in den angeführten Erörterungen begreiflich, und können durch weitere Beobachtungen noch Ergänzung finden.

Ich will nun zur Besprechung der übrigen Krankheitsfälle übergehen:

Den ersten Fall dieser Art sah ich als Secundararzt an der Klinik des Prof. *Hebra* im Jahre 1860. Er wurde damals mit der Diagnose „Framboësia syphilitica" geführt. Derselbe wurde das erste Mal im gebesserten Zustande entlassen, das zweite Mal trat er im Jahre 1869 wieder in Behandlung; der lethale Ausgang folgte bald. Hier waren solche Wucherungen in Form des Eczema marginatum an der inneren Schenkelfläche und am Mons Veneris aufgetreten. Der Fall findet sich im Atlas von *Kaposi* [1]) beschrieben und abgebildet. (Taf. LXIII.)

Dies ist der einzige Fall, der vom Beginn der Erkrankung bis zum Tode 10 Jahre gedauert hatte.

Der zweite Fall betraf eine Frau an der Klinik *Hebra* und wurde gleichfalls von *Hebra* als Syphilis geführt.

Der dritte Fall ist bereits Eingangs erwähnt.

Der vierte Fall betraf einen Mann, Ingenieur, im Alter von etwa 50 Jahren. Derselbe wurde anfänglich als Syphilis behandelt, später erst wurde die Diagnose sicher gestellt. Lethaler Ausgang.

---

[1]) Die Syphilis der Haut. 1873.

**Den fünften Fall**, der ebenfalls zu Grunde gegangen ist, hatte ich gemeinsam mit Prof. *Kaposi* nur einmal gesehen.

Genau beobachtet sind folgende Fälle meiner Klinik:

Sechster Fall: Am 26. April 1884 wurde der 30 Jahre alte Auscultant M. J. aus Waidhofen a. d. Thaya auf meine Klinik aufgenommen, nachdem er früher anderwärts wegen vermeintlicher Syphilis mit Jodkali behandelt worden war.

Die Krankheit hat im October 1883 mit Halsschmerzen begonnen. Bei der Aufnahme zeigten sich folgende Erscheinungen:

Die Haut um die Mundöffnung mit Ausnahme des Kinnes bis an den Kieferrand zum grössten Theile excoriirt, geröthet, nässend, theils mit Borken, theils mit abgehobenen schlappen Blasendecken bedeckt.

An der Haut unterhalb des Kinnes und in der Gegend des Kehlkopfes erbsengrosse, von einem infiltrirten Rande umgebene Blasen und Borken.

An der Schleimhaut der Lippen, der Zunge, an Stelle des Epithels theils Blasendecken, theils speckige Belege, theils drusig unebene, leicht blutende Granulationen. Beide Mundwinkel tief zerklüftet, von grauen Wucherungen eingenommen. An dem oberen Theile der Nasolabialfalten gelbliche Borken. An der Kopfhaut bis thalergrosse, grüngelbe Borken auf infiltrirter, drusig unebener Basis aufsitzend. Im Nacken einige bohnengrosse Drüsen.

An der Rückenhaut in der Nähe der Mittellinie und über dem Schulterblatte bis kreuzergrosse, braunrothe, infiltrirte Stellen, die im Centrum theilweise überhäutet in der Peripherie eine Borke tragen, aus deren Spalten reichlicher Eiter hervorsickert.

Die Epidermis des Nagelgliedes des linken Daumens zu einer Blase abgehoben; der Nagel missfärbig, nicht zerklüftet, sammt dem Nagelbett mit dem Nagelfalz von unter demselben befindlichen, durchscheinendem Eiter abgehoben.

Die Peripherie des Nagelfalzes am rechten Ringfinger zu einer schwappenden, von gerötheter Haut bedeckten kleinen Geschwulst umgewandelt. Der Nagel an der vorderen Hälfte abgehoben. Die Nägel des Mittel- und Zeigefingers grauschwarz. In der Plica genitocruralis linkerseits über die Haut erhabene graugelb belegte confluirende papillöse Wucherungen. In der rechten Plica genito-cruralis eine nässende, geröthete Stelle zum Theil speckig belegt, am Rande Reste einer Blasendecke.





Ueber den Mons Veneris eine kinderhandgrosse, über das Niveau der Haut erhabene, von gelblichen Krusten gedeckte, in der Peripherie theils von abgehobener Epidermisdecke, theils von ulcerirten Plaques begrenzte Wucherung. Zu beiden Seiten derselben je eine vierkreuzerstückgrosse, ebenso beschaffene Plaque.

An der Vorderfläche des linken Oberschenkels erbsen- bis kreuzergrosse zu Borken vertrocknete Blasen mit wenig infiltrirtem Rande.

Um den After beträchtlich infiltrirte, von tiefen Rhagaden durchsetzte Falten und nässende Stellen. Ueber den Glutaeis überall der Decke beraubte Blasen.

Die ganze Oberfläche der rechten und linken grossen Zehe excoriirt, drusig uneben, grauweiss belegt. Der Nagelfalz und die Peripherie des Nagelgliedes erodirt, die Nagelsubstanz uneben, zerklüftet.

Die äussersten Interdigitalfalten der Epidermis beraubt, nässend. Die Oberfläche der vierten Zehe theils von frischen Pigmentflecken, theils von einem im Vernarben begriffenen Substanzverlust besetzt. Der Nagel derselben zerklüftet. Der weitere Verlauf gestaltete sich wie folgt:

Am 14. Juni 1884. An den Beugeflächen des Ellbogengelenkes, am Halse und an den Nasolabialfalten beiderseits, stellenweise auch am Gesäss und am Mons Veneris erscheint die Haut an umschriebenen Stellen vollständig dunkelbraun pigmentirt und liegt die Epidermis in normaler Weise an ihrer Unterlage fest an. An anderen Stellen zumal am Rücken, am unteren Drittel der Bauchwand und an den inneren Schenkelflächen sind prominente derbe Infiltrate, welche gegen die Peripherie hin in Form von Gyri angeordnet sind und bei näherer Untersuchung aus papillaren Wucherungen bestehen, die vielfach zerklüftet erscheinen. Endlich finden sich über diesen noch einzelne Partien, an denen die Epidermis in Blasenform durch ein schmutzig weisses Exsudat emporgehoben ist.

An der Kopfhaut, Oberlippe, am Kinn und an den Wangen erscheint die Haut nur in geringem Grade pigmentirt, die Schleimhaut der Lippen noch mit Blasen besetzt, die Zunge stellenweise epithellos. Fieber geschwunden. Appetit normal.

30. Juni 1884. Eruption von länglichen Bläschen an beiden Flachhänden, vollkommen symmetrisch in jener Furche, welche



zwischen dem Daumen- und Kleinfingerballen die Vola manus diagonal durchschneidet. Ebenso symmetrisch über den Gelenken zwischen der zweiten und der Nagelphalange beider kleinen Finger je zwei hirsekorngrosse Bläschen. An den Ellbogenbeugen, sowie in beiden Genitocruralfalten an früher erkrankten, aber bereits ausgeheilten Stellen einzelne leicht platzende Bläschen, ebenso in den Interdigitalfalten der Zehen.

2. Juli. In der Palma manus eine bohnengrosse, livid gefärbte Blase, von welcher sich ein dunkelrother derber Strang den Vorder- und Oberarm entlang bis in die Achselhöhle verfolgen lässt.

3. Juli. Abblassen des Lymphstranges, während die Derbheit desselben noch fortbesteht.

6. Juli. An beiden Handtellern und Fusssohlen, am Scrotum und an beiden Fussrücken sind Blasen mit braunrother Verfärbung der Haut. An anderen Stellen ist die Epidermis geheilt in Form von matschen, kreuzer- bis thalergrossen Blasen abgehoben, die Blasendecken meist geplatzt, unter denselben der geröthete, nässende Papillarkörper freiliegend, die umgebende Hautpartie erysipelatös geröthet. Unter dem rechten Ellbogen an der Aussenfläche zwei thalergrosse und zahlreiche erbsengrosse prall gespannte Blasen.

Der Inhalt der jüngeren Blasen reagirt alkalisch, der der älteren Blasen neutral bis schwachsauer. Der Speichel und Nasenschleim reagiren sauer.

13. Juli. Die Blasen in der Hohlhand confluiren.

16. Juli. Die Epidermis der Hohlhand und des Handrückens hängt in grossen Fetzen herab. Die Blasen am Vorderarme confluirend. An Hals und Brust entstehen neue Blasen.

25. Juli. Blaseneruption am ganzen Körper, namentlich an solchen Stellen, die schon früher afficirt waren. Der Appetit gering, der Kranke hochgradig abgemagert, Fiebersymptome abwechselnd. Nachdem den Angehörigen die Hoffnungslosigkeit des ganzen Falles mitgetheilt wurde, begehrten sie dessen Entlassung und starb derselbe acht Tage später in seiner Heimat.

Siebenter Fall. M. R. 56 Jahre alt, aus Pressburg, aufgenommen am 23. Februar 1885, erkrankte vier Monate vor ihrer Aufnahme. Die Krankheit begann mit Beschwerden im Halse und wurde als Syphilis diagnosticirt und mit Inunctionen behandelt.

Bei der Aufnahme zeigten sich folgende Erscheinungen:

Am Labium majus sinister, am Rande der kleinen Labien, an den inneren Schenkelflächen, ad nates und in der Afterkerbe finden sich in Form von Schlangenlinien weiterschreitende, silbergroschen- bis thalergrosse im Centrum überhäutete Substanzverluste, deren Basis excoriirt und deren Peripherie durch einen Blasenwall begrenzt erscheint; die Epidermis ist vollständig abgelöst und die Haut in Folge dessen auf grösseren Strecken excoriirt, ohne speckigen Beleg.

Zerstreut an der übrigen Haut finden sich einzelne Blasen, wie in der Achselhöhle, wo die Blasendecke runzlig und schlaff, der Blaseninhalt schmutzig weiss ist.

Sowohl an der Ober- als auch an der Unterlippe fehlt das Epithel ganz. Die Peripherie der epidermislosen Stellen ist durch einen scharf umschriebenen Blasenwall umgrenzt.

25. Juli. Bis zum heutigen Tage sind sämmtliche Efflorescenzen an den Lippen und der Mundschleimhaut vollständig geschwunden. Auch Uvula, Tonsillen und hintere Rachenwand glatt und überhäutet. Die Wucherungen am Mons Veneris vollständig abgeflacht. Unter Fiebererscheinungen haben sich mehrere erbsen- bis bohnengrosse prall gespannte, durchscheinende Blasen gebildet, die theils einzeln stehen, theils confluirt sind. Da wo die Hülle derselben geborsten ist, erscheint die Haut wie nach einer Verbrennung II. Grades geröthet. Es scheidet sich eine dünne Flüssigkeit ab; gegen die Peripherie hin, wo selbst die Efflorescenzen confluiren, erscheint die Epidermis in Schlangenform abgehoben.

An der hinteren Fläche beider Oberschenkel, dem Gesäss und am Rücken finden sich grösstentheils scharf umschriebene, an der Peripherie dunkelbraun bis schwarz pigmentirte, im Centrum licht gefärbte, überhäutete doch nicht narbige Stellen. Ueber den pigmentirten Stellen haftet die Epidermis fest an, so dass sie durch Reiben nicht entfernt werden kann; stellenweise zeigen sich an den pigmentirten Stellen neuerdings Blasen.

30. Juli. Die Haut am Fussrücken links und am Malleolus ext. geschwellt, schmerzhaft. Oedem des Unterhautzellgewebes. Puls klein.

1. August. Ueber den Mittelfuss eine thalergrosse, unregelmässig zackig begrenzte, mit blutigem Inhalte gefüllte Blase.

2. August. Die Sphacelusblase am Fussrücken grösser, wodurch die unregelmässige Begrenzung aufgehört hat. Der Inhalt gangränös. Pulsus parvus, frequens filiformis.



Die Ernährung der Kranken hat während ihrer Anwesenheit auf der Klinik beträchtlich abgenommen; die Kranke schläft schlecht, jammert fortwährend, nimmt Nahrung zu sich.

4. August. Sie wurde über dringendes Verlangen ihrer Angehörigen entlassen.

In der Privatpflege wird die Kranke von Dr. *Ehrmann* weiter beobachtet. Es bilden sich an dem rechten Unterschenkel blaugraue unregelmässige Streifen, die bei Druck nicht schwinden.

Das Oedem verbreitet sich bis zur Hüfte. Die Patientin schluchzt häufig krampfhaft auf. Puls 120, fadenförmig. Temperatur der Extremitäten niedrig. Schmerzhaftigkeit bedeutend.

5. August. Dem blaugrauen Streifen entsprechend heben sich unregelmässige Blasen ab.

Die älteren am linken Unterschenkel, der Blasendecke bereits verlustig, zeigen missfärbigen, fetzigen Grund. Cyanose im Gesichte. Der lethale Ausgang erfolgte einige Tage später.

Drei Wochen vor dem Austritte aus dem Krankenhause, noch ehe die Blasen am Unterschenkel erschienen waren, traten schmerzhafte Contractionen im rechten Knie- und linken Ellbogengelenke auf, die immer nur wenige Minuten andauerten, um sich öfter zu erneuern.

Die Untersuchung der Sehnenreflexe zeigt dieselben erhöht, sowohl an der Patellarsehne als auch an der Tricepssehne.

Achter Fall. J. P., 41 Jahre alt, aus Kirchdorf in Ungarn, erkrankte im September 1884 mit Schmerzen am Gaumen und wurde am 30. September 1885 in meine Klinik aufgenommen.

Stat. praes. Auf den grossen Labien, an den Genito-crural-Falten linsen- bis kreuzergrosse epidermislose drusig unebene Wucherungen, an deren Peripherie ein ringförmiger Rest einer Blasendecke vorhanden ist. An der Innenfläche beider Oberschenkel thalergrosse der Epidermis verlustige Stellen, mit Blasenresten an der Peripherie. Dieselben sind von unreinen, trockenen, elevirten Granulationen besetzt.

An der Haut der Extremitäten kreuzergrosse, auf epidermisloser nässender Basis aufsitzende blutig gefärbte Krusten, deren Peripherie geröthet und hie und da von einem Blasenwalle umgeben ist.

In der Achselhöhle hanfkorngrosse schlaffe Bläschen und linsengrosse Epidermisverluste mit blossliegendem geröthetem Corium,



die von einem Kranze umgeben sind, der aus Resten einer Blasendecke besteht; die Basis derselben drusig uneben, von grauweissen Granulationen besetzt.

An den Streckflächen des Vorderarmes beiderseits über thalergrosse, geröthete Stellen, die an der einen Seite der Peripherie eine Blasendecke tragen, an der anderen jedoch in Ueberhäutung begriffen sind.

An der Clavicula, in der Scapulargegend und in der Brustgegend umschriebene Epidermisverluste.

Die Epidermis der Crena ani ganz abgängig, das Centrum dieser Stellen drusig uneben, an der Peripherie durch einen Blasenwall begrenzt.

In der Gegend der grossen Trochanteren epidermislose Stellen, die nach aussen einen rosarothen verwaschenen Hof zeigen.

Die Unterlippe vergrössert, des Epithels verlustig, leicht blutend. Continuirliche Salivation. Das Epithel der Zunge abgängig, hie und da durch einen speckigen Belag ersetzt.

An beiden Mundwinkeln abgeflachte Blasen. In der umgebenden Haut beider Nasenöffnungen braune Borken.

In der Mittellinie des Kopfes am Scheitel eine kinderflachhandgrosse, von einer nach aussen convexen, schlangenförmigen Linie begrenzte Stelle, die im Centrum drusig uneben, papillomatös gewuchert, grauweiss belegt ist und in der Peripherie einen den Contouren folgenden Blasenwall zeigt.

Eine thalergrosse Fläche ebenfalls median über der Hinterhauptschuppe gleichfalls in Blasenform abgehoben.

Unter dem linken Auge eine bohnengrosse, im Centrum von vertrocknetem Exsudate besetzte, in der Peripherie von einem Blasenwall umgebene Stelle.

10. October. Am Nabel, an der rechten Brustdrüse sind ähnliche Efflorescenzen entstanden. Häufiges Erbrechen und Singultus.

7. November. An den schon geheilten Stellen brechen wieder neue Efflorescenzen hervor. Einzelne ältere verbreitern sich. An der Lippe die Schwellung grösstentheils geschwunden. Pat. kann nur flüssige Substanzen geniessen.

15. November. Die Sehnenreflexe sowohl an den Patellarsehnen, als auch an den Sehnen des Triceps erhöht. Schon zehn Tage vor dem lethalen Ausgang steigerten sie sich zusehends;

wirres Reden, häufiges Aufschreien, rascher Collapsus erreichten am genannten Tage ihren Höhepunkt.

16. November. Gestorben um 8 Uhr Abends.

Neunter Fall. Frau H., 61 J. alt, aus Mähren geb., wurde am 15. Juli 1885 aufgenommen. Beginn der Krankheit vor neun Monaten.

Status praesens.

Die grossen und kleinen Labien, sowohl an der Aussen-, als auch der Innenfläche, die Genitocruralfalten, die Afterkerbe in eine drusig unebene mit grauweissem Belage versehene über die Haut erhabene Wucherung umgewandelt, an deren Rändern man Reste einer Blasendecke findet. In der umgebenden Haut einzelne hirsekorn- bis linsengrosse blassrothe Knötchen und Bläschen, deren Epidermis leicht abstreifbar, worauf eine geröthete, nicht belegte Fläche zu Tage tritt.

Das Secret an der Wunde übelriechend. Die Drüsen in beiden Leisten geschwellt, haselnussgross.

Das ganze Lippenroth, die Mundwinkel von stecknadelkopf- bis hanfkorngrossen Bläschen bedeckt, deren Inhalt zu braunen Krusten vertrocknet.

Die Zunge zerklüftet, das Epithel stellenweise abgestossen, der Rand gekerbt. Die Papillen in Form von stellenweise des Epithels beraubten Wärzchen hervorragend. An der Mucosa des harten und weichen Gaumens Epithelverluste, darunter die Schleimhaut geröthet. Die Tonsillen geschwellt, geröthet, stellenweise zerklüftet.

Der Tarsalrand des rechten unteren Augenlides mit Borken bedeckt. Die ganze Haut des Körpers frei von Krankheitserscheinungen.

22. Juli. Am Rande der Wucherung sind einzelne hirsekorngrosse über die Haut erhabene Bläschen entstanden, deren Hülle schon beim Abwischen abzulösen ist, worauf die excoriirte leicht blutende Oberfläche zu Tage tritt.

27. Juli. An der Schleimhaut der Lippe und des weichen Gaumens einzelne frische Bläschen, deren Epidermis sich in Schlangenlinien ablöst.

30. Juli. In beiden Genitocruralfalten frisch geplatzte Bläschen.

8. August. Um die papillomatösen Wucherungen entstehen täglich linsengrosse Bläschen, die nach einander platzen und eine



excoriirte geröthete erhabene Basis zeigen. Die älteren Efflorescenzen breiten sich der Fläche nach aus, so dass die kleineren mit in die grösseren eingeschlossen sind.

27. August. Ueber dem linken Os coccygeum linkerseits ein linsengrosser Epidermisverlust.

5. September. Halsschmerzen, Schlingbeschwerden, Heiserkeit und Dyspnoë.

12. September. Am linken Lippenwinkel und in der Stimmfurche Bläschen auf wuchernder Basis.

21. September. Catarrhus bronchialis, Heiserkeit noch fortbestehend.

13. October. Die Nägel beider Zehen rissig, uneben, der Länge und Quere nach gefurcht, zeigen keine Spur einer Lebensfarbe; der Nagelfalz umgeben von einer halbmondförmigen, papillomatösen Plaque, die zum Theile nässt, zum Theile von blutigen Krusten bedeckt ist und ihrerseits von einem entzündlichen Hals und einem Blasenwalle umgeben ist.

1. November. Der rechte Oberschenkel krampfhaft adducirt. Die Sehnenreflexe an beiden Patellarsehnen und an den Sehnen des Triceps brachii sehr bedeutend erhöht. Bei der leisesten Berührung tritt krampfhafte Contraction der betreffenden Muskeln ein.

3. November. Die Schrunden an den Lippen geheilt. Halsschmerzen, Röthung der Stimmbänder. Die schwürigen Stellen an den Zehen werden grösser.

11. November. Seit einigen Tagen Kopfschmerzen; Unmöglichkeit, feste Substanzen zu schlingen, Beschwerden beim Schlingen von Flüssigkeiten. Das rechte obere Augenlid hängt schlaff herunter; Beweglichkeit des Auges nach den verschiedenen Richtungen nicht beeinträchtigt. Die Zunge und Lippe mit Borken besät und trocken. Sprache sehr schwerfällig, kaum hörbar; Intelligenz vollständig normal.

21. November. Die Lähmung des Levator palpebrarum dextri besteht fort. Patientin redet wirr und unzusammenhängend, verweigert die Zusichnahme von Nahrung.

22. November. Agonie. Lethaler Ausgang Abends $^1/_2$ 9 Uhr.



**Mikroskopischer Befund an der Haut.** Ich habe schon in der oben citirten Arbeit, soweit das spärliche Material aus jener Zeit hinreichte, den mikroskopischen Befund, welchen ich im Verein mit Herrn Dr. *Blauvelt* constatirte, näher erörtert; allein eingehender konnte ich erst in den letzten Fällen meiner Klinik studiren. Ich fand in der Epidermis stellenweise ein Fachwerk *a* von verlängerten Retezellen, zwischen welchen Exsudatzellen, Fig. 1, eingelagert sind, ähnlich wie bei Variola und Verbrennungen zweiten Grades, bei welchen die Blasen zum Unterschied vom gewöhnlichen Pemphigus einkämmerig sind. Die verhornten Zellen nur lose anhaftend, Fig. 1. Die Stachel- und Riffzellen *b* erscheinen besonders deutlich. Die Zapfen des Rete Malpighii länger und breiter als im normalen Zustande, Fig. 2 *e*. In denselben sind zahlreiche grössere und kleinere Nester von Eiterzellen, Fig. 1, 2 *d*, welche von plattgedrückten Retezellen ringsum eingeschlossen sind. Diese Nester vergrössern sich immer mehr, gelangen an die Oberfläche und bilden unter der aufgehobenen Hornschicht, Fig. 2 *dd*, kleine Bläschen, welche entweder spontan oder bei der leisesten Berührung platzen und ihren Inhalt frei zu Tage treten lassen. Auf diese Weise entstehen jene nässenden Punkte, welche man erhält, wenn man die Epidermis der Efflorescenzen entfernt.

Die Cutis, Fig. 2 *k*, ist körnig getrübt, was auf einen beträchtlichen Zerfall ihres Gewebes hindeutet; die Papillen, Fig. 1 und 2, sind vergrössert, ihre Bindegewebszellen enthalten körniges Pigment.

Sämmtliche Blutgefässschlingen, Fig. 1, 2 *c*, namentlich die Venen sind erweitert, von Blut strotzend; die Adventitia der Arterien ist von Rundzellen infiltrirt.

Die Haarbälge, Fig. 2 *h* zeigen kolbenförmige Ausbuchtungen, welche von Zellen der äusseren Wurzelscheide ausgefüllt sind, während die Wandung der Haarbälge selbst zellig infiltrirt ist. An den Mündungen der Haarbälge befinden sich gleichfalls mit Exsudatzellen gefüllte Stellen. Die Talgdrüsen sind mit krümlichen Talgmassen gefüllt. Die Ausführungsgänge der Schweissdrüsen *c* sind erweitert, wuchern an der Peripherie; ihre korkzieherförmigen Windungen sind mit dicht gedrängten verhornten Zellen ausgefüllt.

Die Lymphgefässschlingen, Fig. 1 *f*, welche man ohne vorhergegangene Injection bei Hautschnitten sonst nur sehr selten



zu sehen bekommt, sind sammt Klappen und einfacher Epithellage in den Papillen deutlich zu sehen und scheinbar erweitert.

An den glatten Muskelfasern und den Nervenbündeln sind keine besonderen Veränderungen sichtbar.

Die pathologischen Veränderungen beim Pemphigus vegetans gehen somit vorwiegend in der Epidermis, ferner in den oberen Lagen der Cutis vor sich, während die tieferen Theile derselben, mit Ausnahme der Schweissdrüsen, von dem Processe wenig afficirt werden. In der Stachelschicht des Rete entstehen umschriebene Eiterungen, welche allmählich von der Tiefe nach aufwärts rücken, um endlich die Hornschicht der Epidermis bläschenartig emporzuheben; die Papillen vergrössern sich, die Blut- und Lymphgefässe werden erweitert, die Follikel, deren Wandungen zu wuchern beginnen, werden verstopft und das Cutisgewebe nimmt an dem Processe nur insoferne Theil, als es in Form der körnigen Trübung einer retrograden Metamorphose verfällt und die Bindegewebszellen pigmenthaltig werden. In seinen grossen Zügen stimmt dieser Befund mit den von *Kaposi* in der oben citirten Arbeit: „Framboësia syphilitica" überein, was auch den mikroskopischen Beweis liefert, dass diese mit dem Pemphigus vegetans identisch ist.

Die in unserem mikroskopischen Befunde angeführten Lagen von Exsudatzellen in der Epidermis, sowie in den zapfenförmigen Verlängerungen des Rete lassen jeden Zweifel schwinden, dass hier eine ganz beträchtliche Vitalität in der Epidermis Platz greifen muss. Der Umstand, dass gerade an den Ausführungsgängen der Follikel die pathologischen Veränderungen gedrängt sich vorfinden, deutet darauf hin, dass auch die Follikel durch die Vorgänge in der Epidermis in Mitleidenschaft gezogen werden.

Die grossen Papillen, die weiters in ihren Wandungen verdünnten Gefässschlingen, die Erweiterung der Lymphgefässschlingen an solchen Präparaten, welche Hautpartien entnommen sind, an denen das Cutisgewebe nahezu in gleicher Flucht mit der Epidermis verläuft, zeugen von einer beträchtlichen Acuität des ganzen Processes und bieten die Blutgefässschlingen bezüglich der Zartheit ihrer Wandung das gleiche Bild, wie die Ausläufer neugebildeter Gefässe.

Das rasche Wachsthum des Papillarkörpers in solch beträchtlichem Umfange weist darauf hin, dass das abgeschiedene Exsudat



in Folge rascher Zersetzung eine Reizung des Cutisgewebes zu Folge hat und die Acuität der Volumszunahme im Papillarkörper zeigt, dass diese Exsudate intensiver einwirken, als die normalen physiologischen Secrete, welche unter günstigen Verhältnissen spitze Condylome hervorrufen.

Resumiren wir die klinischen Beobachtungen, so waren ausser hochgradigem Marasmus, raschem Verfall der Kräfte der in allen Fällen aufgetreten war, bei drei der Kranken kurze Zeit vor Ablauf des Processes Erscheinungen von Rückenmarksreizung aufgetreten. Bei der ersten dieser Kranken (7. Fall) bestanden sie in schmerzhaften Contracturen des rechten Knie- und des linken Ellbogengelenkes, sowie eine Steigerung des Patellar- und Tricepsreflexes; bei der zweiten Kranken (8. Fall) waren zwar keine Contracturen, dagegen gesteigerte Sehnen- und Hautreflexe an der unteren Extremität vorhanden.

Bei der dritten Kranken (9. Fall) zeigten sich andauernde Contracturen in der Adductorengruppe des rechten Oberschenkels, wodurch das rechte Knie krampfhaft über das linke gezogen wurde, und gleichzeitig auch die Beweglichkeit im Knie- und Hüftgelenke behindert war. Weiters waren hier erhöhte Reflexe, und zwar sowohl Erhöhung des Patellarsehnenreflexes als auch der Sehne des Triceps, so zwar, dass bei der leisesten Beklopfung derselben schon Muskelzuckungen ausgelöst wurden. Der Fusssohlenreflex war nicht erhöht, auch war kein Dorsalklonus vorhanden. Dagegen der Bauchdeckenreflex bedeutend erhöht. Ferner hatte die Kranke rechterseits Ptosis, ohne dass der Bulbus in seinen Bewegungen behindert war. Die Intelligenz war herabgesetzt. Die erwähnten Störungen waren durch drei Wochen constant, ohne sich in ihrer Vehemenz wesentlich zu ändern.

Die Sensibilität war in keinem der Fälle irgendwie gestört.

Steigerung der Reflexe bei Intactheit der Sensibilität und Motilität waren somit jene charakteristischen Merkmale der bei den drei Kranken beobachteten nervösen Erscheinungen.

Recapituliren wir die Ergebnisse unserer Beobachtungen und Untersuchungen, so haben wir es hier mit einer Krankheit sui generis zu thun, bei der es vor Allem von Wichtigkeit ist, bei Zeiten eine richtige Diagnose zu stellen, namentlich ihren Zusammenhang mit Syphilis auszuschliessen.



Der Verlauf des Pemphigus vegetans **ist ein acuter und** es localisiren sich die Efflorescenzen im Beginne an der Haut des Genitale, der inneren Schenkelfläche, der Achselhöhle, an der **Schleimhaut des Mundes, später selbst an der ganzen Hautoberfläche**; auch die Schleimhäute des Pharynx, des Kehlkopfes, der Vulva, des unteren Theiles der Vagina, selbst die Vaginalportion des Uterus wird ergriffen; die Afterfalten bleiben fast nie intact. Die knopfförmigen condylomatösen Wucherungen treten nur so lange auf, als die Kräfte des Individuums noch nicht consumirt sind.

Unter hochgradigem Marasmus und in Folge der wegen Nahrungsverweigerung eintretenden Inanition schliesslich auch unter den Erscheinungen von Rückenmarksreizung und acutem Oedem des Gehirns tritt lethaler Ausgang ein.

Schliesslich möchte ich noch die ethische Seite mit einigen Worten erläutern:

Man muss Zeuge gewesen sein jener Scenen, welche sich um diese Kranken abspielen, um die ganze Tragweite und die hohe Bedeutung einer richtigen Diagnose erfassen zu können. Wenn man bedenkt, dass unter neun von mir beobachteten Fällen sieben vorher als syphilitische behandelt wurden, und dass schon nach kurzer Zeit das Siechthum mit grosser Rapidität folgte; wenn weiters der der syphilitischen Erkrankung beinzichtigte Gatte im Vollbewusstsein seiner Gesundheit schliesslich in Zweifel über die eheliche Treue seiner Gattin geräth, wenn weiters Eltern den Verfall der Kräfte ihres Kindes bei fortschreitender Erkrankung von dessen unsittlichen Lebenswandel ableiten, wenn endlich Kinder die Natur und Provenienz der Krankheit ihrer Eltern auf Syphilis deduciren, dann wird es erklärlich sein, dass das Studium dieser Krankheit nicht genug betont werden kann.





# Ueber einen Fall von acuter multipler Hautgangrän.[1])

Von

Prof. Dr. **Doutrelepont** (Bonn).

(Hierzu die Tafeln X, XI und XII.)

Folgender Fall, welchen ich schon in der Sitzung der Niederrhein. Gesellschaft f. Natur- und Heilkunde vom 22. Juni v. J. im Beginne der Beobachtung vorgestellt und in der dermatologischen Section der Naturforscher-Versammlung in Strassburg vor genauerer mikroskopischer Untersuchung kurz beschrieben habe, dürfte ein ganz besonderes Interesse beanspruchen, da ein ganz gleicher in der mir zugänglichen Litteratur nicht aufzufinden war, und die später zu erwähnenden, ihrem Wesen nach bis jetzt dunkeln, analogen Fälle dadurch in ein helleres Licht gesetzt werden dürften.

Am 3. Juni 1885 wurde S. Sch., bis dahin Wärterin der Irrenheilanstalt zu Andernach, 21 Jahre alt, aus Nickenich, in die Klinik für Hautkrankheiten aufgenommen. Nach der Anamnese, welche ich der Güte des Herrn Collegen Dr. Peretti in Andernach verdanke, ist Patientin, ein wenig begabtes, etwas sensibles Mädchen, ohne irgend welche erbliche Belastung, ausser einem im Sommer 1884 überstandenen Darmkatarrh, verbunden mit wiederholten hysterischen Krampfanfällen, nie erheblich krank, besonders von keiner Hautkrankheit befallen gewesen.

[1]) Nach einem Vortrage, gehalten in der Sitzung der Niederrhein. Gesellschaft f. Natur- und Heilkunde, vom 23. November 1885.



Am 1. August desselben Jahres gerieth ihr beim Reinigen des Fussbodens eine Nadel unter den Nagel des linken Daumens, deren Extraction nicht gelang. Erst nach mehreren Tagen soll dieselbe durch Eiterung stückweise ausgestossen worden sein. Schon am Tage nach der Verletzung (2. August) zeigten sich auf dem Rücken der ersten Phalanx des betreffenden Daumens zwei etwa erbsengrosse, unregelmässige, anämisch aussehende Hautstellen. Am 4. August trat, nachdem am Abende vorher die Körpertemperatur auf 38·8° C. gestiegen war, ein thalergrosser, gelbweisser, unregelmässig geformter Fleck in der Mitte des linken Handrückens auf. Diese Stelle war angeblich schmerzhaft, Nadelstiche wurden jedoch nicht empfunden. Am 6. August schwoll die linke Hand an, ohne Röthe zu zeigen; auf den weissen Stellen des Daumens hatten sich Schorfe gebildet. Die Achseldrüsen waren weder geschwollen noch schmerzhaft. Am 10. August schwoll der linke Unterarm an; um die erkrankte Stelle des Handrückens bildete sich ein rother Demarcationssaum; ziemlich starke Eiterung folgte. Allmählich, während die zuerst erkrankten Hautstellen vernarbten und die Schwellung der Hand und des Vorderarmes zurückging, bildeten sich noch kleine ähnliche Flecken auf der linken Hand.

Erst am 25. September entwickelten sich wieder auf dem linken Vorderarme, ohne dass derselbe anschwoll, den früheren ähnliche Flecken. Diese fleckenweise auftretende Erkrankung der Haut schritt von da ab immer weiter. Am 27. September wurde die linke Schultergegend befallen, am 7. October wiederum die linke Hand, am 8. der Vorderarm, am 11. die Innenseite des Oberarmes. Am 12. October zeigte sich auf dem linken Schulterblatte ein fast handtellergrosser Fleck, der sich bis zum 7. Halswirbel erstreckte.

Am 13. October ging die Erkrankung, die bis dahin sich auf die linke obere Extremität und Rückenseite beschränkt hatte, auf die rechte Seite des Rückens über. Am 17. October erkrankte die Kreuzbeingegend und von neuem der linke Ober- und Unterarm; am 19. der rechte Vorderarm, am 15. November die vordere Brustseite und das Epigastrium. Am 22. November traten wieder multiple Eruptionen am Unterleibe, an beiden Oberschenkeln und der Kreuzgegend auf; am 26. November wurde der linke, am

1. December der rechte Unterschenkel, am 10. December der linke Fuss befallen.

Am 20. December traten wieder die Menses ein, welche seit Beginn der Erkrankung aufgehört hatten.

Eine neue Eruption wurde am 2. Januar 1885 auf beiden Seiten des Unterleibes, am 11. Februar auf dem rechten Unterschenkel beobachtet.

Bis dahin hatte die Behandlung neben innerlicher Darreichung von Arsenik in täglichen Bädern und Faradisation der Haut bestanden. Letztere wurde nun ausgesetzt und die Patientin, welche körperlich abgenommen, schlechten Appetit hatte, und etwas hustete, zur Bettlage verurtheilt. Ende April waren die Geschwüre unter trockenem Jodoformverbande fast alle verheilt, und Patientin hatte sich körperlich erholt. Mitte und Ende Mai jedoch erkrankten wieder beide Beine in der alten Weise.

Am 1. Juni verliess Patientin die Anstalt in Andernach. Während des dortigen Aufenthaltes war die Sensibilität der Haut nicht verändert befunden worden; die Patellarreflexe waren beiderseits prompt. Die Ueberhäutung der Geschwüre ging unter Granulationsbildung von den Rändern aus vor sich, zuweilen unter zeitweise übelriechenden Schorfen, die später abfielen. Die Eruptionen, welche zuweilen schon früher befallene und vernarbte Hautstellen nicht verschonten, verbreiteten sich nie per continuitatem, sondern sprungweise, blieben zuerst jedoch auf die linke Körperseite beschränkt. Die die Flecken umgebende Haut zeigte mit Ausnahme eines schmalen rothen Saumes um dieselben keine Abnormität. Die Temperaturmessungen, welche anfangs nur in einer Achselhöhle vorgenommen wurden, ergaben im October, als sie beiderseits zugleich ausgeführt wurden, meist ein Plus von 0·7° C. für die linke Achselhöhle. Der Unterschied schwand, als die rechte Körperhälfte ebenfalls in grösserer Ausdehnung ergriffen wurde.

Bei der Aufnahme in die Klinik am 3. Juni 1885 wurde folgender status praesens verzeichnet: Die Patientin, ein üppiges, gesund aussehendes Mädchen, zeigt bei der näheren Untersuchung keine Abnormität der inneren Organe. Die sichtbaren Schleimhäute erscheinen nur wenig blasser als normal. Der Harn, von normaler Quantität, ist frei von Eiweiss und Zucker; es besteht kein Fieber.





Die Menstruation soll in den letzten Monaten sehr gering und unregelmässig gewesen sein. Störungen der Sensibilität sind nicht vorhanden; die Sehnenreflexe sind normal. Patientin klagt weder über Schmerzen, noch über sonstige abnorme Empfindungen. An der Oberlippe befindet sich eine Narbe, welche an eine operirte Hasenscharte erinnert. Diese sowohl, wie auch zwei feine Narben am linken Zeigefinger stammen von in früheren Jahren acquirirten Verletzungen her und zeigen kein regelwidriges Verhalten. Lymphdrüsenschwellungen sind nicht vorhanden.

Die Haut ist beinahe in ihrer ganzen Ausdehnung mit einer grossen Zahl von Narben, einigen weissgrauen oder mehr gelblichen Flecken und eiternden Defecten bedeckt, nur das Gesicht, der behaarte Kopf, die vola manus und planta pedis beiderseits, die nates, und, abgesehen vom linken Daumen, die Finger sind nicht befallen. Auf der Vorderseite des Thorax, der Prädilectionsstelle des wahren Keloids, finden sich 6 von einander getrennte starke Narbenkeloide. Das grösste (cf. Taf. X, Fig. 1 u. Taf. XII, Fig. 5), zwischen den beiden Brustdrüsen gelegene, misst von rechts nach links 8, von oben nach unten 6 Cm., sein Centrum ragt ca. 1 Cm. über das Niveau der umgebenden Haut und entsendet, besonders nach unten und aussen, dicke strangförmige Fortsätze. Von den andern, die weniger über die Haut erhaben sind, liegen zwei symmetrisch rechts und links neben dem sternum, in der Höhe des 3. Intercostalraumes, die übrigen, kleineren, unter der linken clavicula. Eine handtellergrosse, mehrere Mm. hohe Narbe auf der linken Schulter weist in ihrem Centrum eine Markstück grosse vertiefte Stelle auf, welche, den Aussagen der Patientin gemäss, von einem Recidiv in der Narbe herzurühren scheint. Am linken Arme werden 20 Narben von verschiedener Grösse und Form gezählt, von denen die meisten auf der Streckseite gelegen sind; am rechten Arme sind deren nur 6 und davon die meisten auf dem Vorderarme. Am Rücken, in der Gegend der Schulterblätter und etwas unterhalb derselben sieht man 3 etwa handtellergrosse, röthlichbraun pigmentirte narbige Hautflächen mit leichter, oberflächlicher Abschilferung; in der Nähe der linken Schulter 5 hypertrophische Narben von mehr rundlicher Gestalt. Auf der Bauchhaut befinden sich 9 runde, etwas erhabene Narben, mehrere kleinere, zu beiden Seiten des Kreuzbeines gelegene sind flach. Beide Beine,



besonders die Unterschenkel, weisen eine ganze Reihe von Narben und einige wenige, noch geschwürige Hautdefecte auf.

Im Ganzen sind etwa 80 Stellen der Haut in der verschiedensten Grösse und Form befallen; die meisten sind vernarbt. Die Narben sind meist pigmentirt, einige zeigen geringe Abschilferung; nur wenige sind etwas vertieft, das Gros liegt im Niveau der umgebenden Haut oder überragt dieselbe um mehrere Millimeter.

Das meiste Interesse bietet der linke Unterschenkel, weil er die verschiedenen Stadien der Erkrankung demonstrirt.

Das erste Stadium repräsentirt eine 3 Cm. lange und 1 Cm. breite Hautstelle, welche durch ihre weissgelbliche Farbe von der gesunden Haut absticht: ihre Grenzen sind nicht scharf, auch nicht geradlinig, sondern mehr unregelmässig geschlängelt. Innerhalb derselben sind schwache, aber doch deutliche Nüancirungen bemerkbar, indem die gelblichweisse Grundfarbe durch einzelne mehr weniger runde, ungefähr linsengrosse, dunkler gefärbte Fleckchen unterbrochen wird. Die Umgebung ist nicht geröthet; die erkrankte Hautstelle ist nicht geschwollen, ihre Oberfläche ist glatt, ohne jegliche Abschuppung, ohne Knötchen- oder Bläschenbildung.

In einem weiteren Stadium der Erkrankung befindet sich ein etwas grösserer Fleck, der mehr gelblichgrün gefärbt ist und sich schärfer von der umgebenden Haut scheidet, auch schon ein wenig eingesunken erscheint. Um denselben verläuft ein etwa 1 Mm. breiter röthlicher Saum: es hat sich eine Demarcationslinie gebildet.

Weiter entwickelt sind einige andere Stellen: Der erkrankte Fleck, durch die Demarcationslinie von der wenig hyperämischen Umgebung scharf abgesetzt, zeigt eine mehr braunrothe Färbung und lässt sich mit der Pincette leicht von seiner Unterlage abheben; es bleibt eine mit schwach entwickelten Granulationen bedeckte geschwürige Fläche mit ziemlich scharfen, aber unregelmässigen Rändern zurück.

Als nächstes und letztes Stadium hätten wir dann die Narben anzusehen. Diese bieten, wie auch die an den andern afficirten Körpertheilen befindlichen, verschiedenes Aussehen. Einige sind stark hypertrophisch und bilden Narbenkeloide mit dicken vom





Centrum aus sich in die umgebende Haut erstreckenden Strängen, andere liegen im Niveau der gesunden Haut, wieder andere sind ein wenig vertieft. Die keloidartigen haben zum Theil die normale Hautfarbe, einige haben einen röthlichen Ton und zeigen an ihrer Oberfläche zuweilen vereinzelte ektatische Gefässchen. Die flachen Narben sind theils weisslich, theils bläulich glänzend mit geringer oberflächlicher Abschilferung.

Die befallenen Hautpartien zeigen weder in ihrer Gestalt, noch in ihrer Richtung Gleichmässigkeit; erwähnenswerth ist nur, dass viele ihren längsten Durchmesser senkrecht zur Axe der Extremitäten haben. Wenn auch die Streckseite mehr ergriffen ist, als die Beugeseite, so fehlt es dieser durchaus nicht an erkrankten Stellen. Die linke Körperseite ist mehr ergriffen wie die rechte. Alle erkrankten Stellen sind gegen ihre Unterlage vollkommen beweglich, wie die gesunde Haut selbst, auch die stärksten Keloide machen davon keine Ausnahme.

Auf die noch nicht vernarbten Stellen wurden Umschläge mit Sublimatlösung (1°/₀₀) applicirt, unter denen die gangränösen Hautstücke sich bald abstiessen und die Defecte durch Granulationsbildung heilten. Wegen der bestehenden Anämie wurden der Patientin Eisenpräparate verabreicht.

Am 14. Juli trat auf der linken Backe ein acutes Ekzem auf, welches unter Anwendung von Salicylpuder schnell heilte.

Am 21. Juli, als fast alle erkrankten Stellen vernarbt waren, stieg die Temperatur der Patientin, die regelmässig gemessen worden und bis dahin normal gewesen war, Abends, bei einem Pulse von 112 Schlägen, auf 39° C. Wie vermuthet, so zeigte sich auch am folgenden Tage eine neue Eruption. Am linken Unterschenkel hatten sich neben einer noch geschwürigen Stelle, welche mit Sublimatumschlägen bedeckt war, drei neue weisse Flecken entwickelt, jeder von etwa 2 Cm. Länge und 2 Cm. Breite: Die Umgebung war schwach geröthet und auf Druck leicht schmerzhaft; Abends Temperatur 39·6° C. Bei fortbestehendem geringeren Fieber bildeten sich am 23. und 24. Juli ebenfalls am linken Unterschenkel einige neue Flecken; das Fieber blieb, ohne dass sich andere Efflorescenzen hinzugesellten, bis zum 31. Juli. Von da ab, bis zum 17. August blieb Patientin fieberfrei. Am folgenden Tage trat wieder nach einer vorhergehenden abendlichen Tempe-

raturerhöhung eine neue Eruption von neuen Erkrankungen auf, die unter Fieber bis zu 39·5° C. die rechte Ellenbogengegend, den rechten Ober- und Unterarm und die Gegend des manubrium sterni nach und nach bis zum 25. August befielen. Nach einer Pause von 2 Tagen, an welchen jedoch das Fieber sich auf mässiger Höhe hielt (38·6° C. Abends), wurden am 28. August wieder neue erkrankte Stellen am rechten Arme gefunden.

Am 29. August wurde der erste Fleck am Kopfe, und zwar auf der linken Stirnseite an der Haargrenze beobachtet; er hatte die Grösse eines Zehnpfennigstückes.

Von Ende August ab gab Patientin an, dass sie vor dem Erscheinen der Flecken an den betreffenden Stellen Brennen und Prickeln fühle, so dass wir, durch ihre Angaben aufmerksam gemacht, bei den folgenden Eruptionen kurz vor dem Auftreten des gelben Fleckens noch ein früheres Stadium zu beobachten im Stande waren. Es entwickelte sich nämlich an den angegebenen Stellen eine leichte, häufig punktförmige Röthe, aus welcher aber schon nach 1 bis 2 Stunden der gelbe Fleck entstand. So klagte Patientin am 31. August Abends über Stechen an einer medianwärts vom ersten gelegenen Stelle an der Stirne, und am 1. September fand sich dort eine neue Efflorescenz von ca. 3 Cm. Durchmesser. Vom 2. bis 9. September traten noch 5 neue Herde an der rechten Stirnseite in der Nähe der Haargrenze auf. An den erkrankten Partien des behaarten Kopfes waren die Haare vollständig erhalten; sie zeigten weder in Farbe noch im sonstigen Verhalten die geringste Veränderung. Dieselbe Beobachtung wurde auch an den später auftretenden Efflorescenzen in der Parotisgegend, wo Patientin reichliches Wollhaar besitzt, gemacht.

Am 11. September entstand auf dem linken Warzenfortsatze eine umschriebene Röthe, die spontan und auf Druck sehr schmerzhaft war, jedoch allmählich spurlos verschwand.

Am 17. September neuer Plaque oberhalb der rechten Ohrmuschel. Temperatur am Abende vorher erhöht. Am 18. September ein neuer Fleck, 2 Finger breit, vor dem linken meat. audit. ext., am 23. einer am linken Kieferwinkel, am 25. einer an der rechten Wange und am 26. einer am rechten Jochbogen.

Am 28. September verliess Patientin, von Heimweh getrieben, heimlich die Klinik, kam jedoch am 4. October wieder



zurück. Inzwischen waren 3 neue Plaques auf der rechten Gesichtsseite, einer auf der linken Wange, einer am rechten Oberarm und einer in der Nähe der Sternalinsertion der rechten zweiten Rippe entstanden.

Vom 6. bis zum 30. October wurden wieder der linke Unterschenkel, die Gegend des Brustbeins, der linke Kieferwinkel, der rechte Vorderarm, der linke Oberschenkel, der linke äussere Augenwinkel, der rechte Oberschenkel, der rechte Daumen, die rechte Wange, die linke Hand, die linke Wange, das rechte untere Augenlid theils von einzelnen, theils von mehreren Flecken der Reihe nach befallen. Diese waren in Grösse und Form wieder sehr wechselnd, nahmen jedoch nicht mehr eine solche Ausdehnung an, wie im Beginne der Erkrankung; die Gangrän griff nicht mehr so tief, auch bildeten sich nur noch einzelne oberflächliche Geschwüre, deren Heilung meist ohne Eiterung unter dem Schorfe erfolgte. Viele hinterliessen nur Pigmentirungen; die Bildung von Keloiden ist überhaupt während der klinischen Behandlung nicht beobachtet worden.

Vom 30. October bis zum 2. November war Patientin fieberfrei; neue Flecken traten nicht auf.

Am 2., 5. und 9. November entwickelten sich unter geringer Fieberbewegung (Abends 38° C.) ein Fleck unter dem linken Augenlide, einer am linken äusseren Augenwinkel und zwei auf der linken Stirnhälfte.

Am 11. November entstanden mehrere Herde am rechten Vorderarme: einer auf der Beugeseite, etwa 2 Finger breit unter dem Ellenbogen, ziemlich in der Mittellinie etwa 2, resp. 3 Cm. im Durchmesser; ein zweiter, grösserer, ebenfalls auf der Beugeseite im unteren Drittel des Vorderarmes, mit der Längsaxe desselben parallel laufend, endlich ein dritter im unteren Drittel der Streckseite. An diesen (cf. Fig. 3 u. 4) war deutlich zu sehen, wie sie sich aus einer Menge von kleinen runden Fleckchen zusammensetzten, von denen die am Rande gelegenen durch ihre äusseren Kreissegmente die geschlängelten Grenzlinien der Plaques hervorbrachten.

Am 13. November erschienen zwei neue Efflorescenzen in der rechten Schlüsselbeingegend (cf. Fig. 1, die gelblichen Flecken in der rechten Claviculargegend), am 14. auf der Beugeseite des



rechten Vorderarmes ungefähr in der Mittellinie zwei kleine von 0·5, resp. 1 Cm. und eine grössere von 3 à 4 Cm. Durchmesser, ebenso von letzterer Grösse 2 auf der Radialseite. Am 15. November entstand ein neuer Fleck auf der Beugeseite des rechten Vorderarmes, am 17. einer von 2 Cm. Länge auf dem unteren Drittel des Radius. Temperatur während der vorigen Tage Abends 38·0 bis 38·3° C. Dann blieb die Temperatur normal bis zum 21. November, wo sie Abends auf 38·2° C. stieg. Am 22. zwei neue Flecken am rechten Oberarm. Abends Temperatur 37·9° C. Am 24. November eine neue Eruption an der rechten Wange. Abends Temperatur 38·0° C.; am 27. eine von 2 Cm. im Durchmesser, am äusseren Drittel des linken Schlüsselbeines. Patientin ist wieder fieberfrei. In der Nacht vom 29. auf den 30. November bildete sich, nachdem am Abende vorher die Temperatur auf 38·3° C. gestiegen war, ein neuer Fleck auf dem linken oberen Augenlid. (Die oberen Augenlider waren noch nicht befallen.)

Ich schliesse hiermit die Krankengeschichte nach 6monatlicher Beobachtung der Patientin, welche jedoch noch in klinischer Behandlung blieb und inzwischen immer wieder von neuen Eruptionen befallen wurde. Dieselben heilten meist unter dem Schorf bei der Anwendung von Sublimatumschlägen, welche während der langen Zeit sehr gut vertragen wurden.

Während der klinischen Behandlungszeit fühlte sich die Patientin, abgesehen von den Fieberbelästigungen, stets sehr wohl. Appetit und Verdauung waren normal. Die Menses waren jedoch noch unregelmässig und setzten häufiger aus. Die einzigen Klagen bezogen sich auf die localen Schmerzen vor dem Auftreten und im Anfange des Bestehens der erkrankten Hautpartien, sowie auf die unabsehbare Länge des Krankheitsprocesses. Vergingen einige Tage der Ruhe, so hob sich die Stimmung, um gleich wieder einer Depression Platz zu machen, wenn Patientin sich in der Hoffnung auf ein endliches Aufhören der Krankheit durch das Auftreten neuer Herde getäuscht sah.

Die mehrmalige Prüfung der Hautsensibilität und der Sehnenreflexe ergab keine Abweichung von der Norm. Anschwellungen der Lymphdrüsen traten auch während der klinischen Beobachtung nicht auf.



Fassen wir nun den Verlauf der Erkrankung zusammen. Ein 21jähriges, kräftiges, gesund aussehendes, etwas sensibles Mädchen, welches bis dahin an keiner Hautkrankheit gelitten hatte, sticht sich am 1. August 1884 eine Nadel unter den linken Daumennagel; dieselbe kann nicht gleich extrahirt werden und bleibt einige Tage unter dem Nagel stecken. Am Tage nach der Verletzung treten schon in der Nähe der verletzten Stelle die ersten Symptome der langwierigen Erkrankung in Form von kleinen gangränösen Stellen der Haut auf. Die Erkrankung schreitet nach dem Centrum weiter. Zuerst wird der Handrücken befallen, dann nach längerem Zeitraume der Vorderarm und die Schulter, darauf der Oberarm und der Rücken derselben Seite, während inzwischen die zuerst befallenen Theile von neuen Eruptionen heimgesucht werden. Erst am 13. October überschreitet die Krankheit die Mittellinie des Körpers, und zwar am Rücken. Von dieser Zeit an werden der Reihe nach die Kreuzgegend, die vordere Brustgegend, der Unterleib, der linke, dann der rechte Unterschenkel, die Füsse, die Oberschenkel, der rechte Arm befallen, kurz alle Körpergegenden mit Ausnahme des Kopfes. Erst am 29. August 1885, also über ein Jahr nach Beginn der Krankheit werden Kopf und Gesicht mit in den Bereich der Affection bezogen und zwar auch hier zuerst die linke Seite. Eine Regelmässigkeit in dem Auftreten der Eruptionen lässt sich also absolut nicht nachweisen. Häufiger bilden sich mehrere Herde zusammen in einem Bezirke, während zuweilen gleichzeitig auch andere Bezirke befallen werden. Zuerst ist aber immer die linke Seite des Körpers erkrankt.

Vom 10. August bis zum 25. September 1884 scheint der Process still zu stehen, da während dieser Zeit keine neuen Eruptionen auftreten; ebenso bleiben vom 19. October bis zum 15. November neue Schübe aus. Von Mitte November bis Anfang Februar 1885 sehen wir die Krankheit weitere Fortschritte machen, um von da ab bis Mitte Mai wieder eine längere Pause eintreten zu lassen. Während der klinischen Beobachtung tritt mit Ausnahme der Zeit von Mitte Juni bis 21. Juli kein länger dauernder Stillstand ein. Hier und da bilden sich immer neue Herde. Jeder neue Schub wird durch eine vorgängige abendliche Temperatursteigerung angekündigt, die erst nach vollendeter Eruption



aufhört, und in der letzten Zeit der Beobachtung nicht mehr die anfängliche Höhe erreicht.

Die Symptome der Erkrankung sind nach wiederholter genauer Beobachtung folgende: Entweder ohne oder mit vorangehender leichter Hyperämie der Haut, welche jedoch erst in der letzten Zeit auffiel, und unter prickelndem, schmerzhaftem Gefühl an den Eruptionsstellen entwickeln sich undeutlich contourirte streifenförmige oder mehr rundlich geformte weissgraue Plaques, welche an ihrer Oberfläche mehr oder weniger rundliche linsengrosse Fleckchen unterscheiden lassen von einer mehr gelblichen Färbung. Die Herde scheinen dementsprechend aus einer Gruppe kleinerer rundlicher Efflorescenzen zu bestehen. Anschwellung der Haut oder Bläschen[1]), Knötchen, Pusteln sind nie an den befallenen Stellen, die im Niveau der gesunden Haut bleiben, beobachtet worden. Sehr bald nach dem Auftreten der Plaques entwickelt sich an ihrer Grenze eine Demarcationslinie, welche durch einen einige Mm. breiten hyperämischen Saum umgeben ist. Die gangränösen Hautstücke nehmen eine gelbgrüne Farbe an und werden allmählich abgestossen, es bleibt ein Geschwür mit anämischen, kleinen Granulationen zurück, welches nur langsam heilt, oder es geht, wie wir es besonders in der letzten Zeit beobachtet haben, die Heilung unter dem Schorfe vor sich. Die Gangrän betraf immer nur die Cutis, und scheint sich nie bis ins subcutane Gewebe erstreckt zu haben. Vor der klinischen Behandlung haben sich zum grossen Theile die Narben zu Keloiden entwickelt, in der Klinik haben wir nur glatte, dem Substanzverlust entsprechende Narben entstehen sehen. An einzelnen Stellen sind besonders in der letzten Zeit nur Pigmentflecken, keine Narben zurückgeblieben.

Die in der Klinik angewandten inneren Mittel, Arsenik, Eisenpräparate, Natrium salicylicum, Sublimat, Chinin etc. hatten keinen sichtbaren Einfluss auf den Process, nur bei stärkerem Fieber konnten wir die Temperatur durch Antipyringaben zur Norm herabsetzen. Die Sublimatumschläge (1°/₀₀) scheinen die



[1]) In dem kurzen Referat des Tageblattes der Naturforscher-Versammlung steht irrthümlich, dass einige Flecken sich in Pemphigus ähnliche Blasen verwandelt hätten.

Keloidbildung verhindert zu haben, da seit ihrer Anwendung keine Narbenkeloide mehr entstanden sind.

Mehrmals wurden während der Behandlung Blutproben aus den Plaques entnommen zum Zwecke der Untersuchung. Mikroorganismen oder eine Abnormität der Beschaffenheit des Blutes waren nicht nachzuweisen. Impfversuche mit Blut, mit ausgepresstem Serum, mit kleinen Stückchen der unteren Fläche von erkrankten Hautstellen in Fleischpeptongelatine bei Zimmertemperatur und bei ständiger Temperatur von 25—29° C. blieben resultatlos. Weitere Versuche wurden nicht angestellt, da auch, wie wir gleich berichten werden, das Ergebniss der mikroskopischen Untersuchung gegen die Annahme sprach, dass Mikroorganismen das ätiologische Moment seien. Zum Zwecke der histologischen Untersuchung wurden vier Krankheitsherde der Haut exstirpirt, zwei bald nach dem Auftreten des Fleckes, die andern am 2. resp. 3. Tage ihres Bestehens; ausserdem wurde ein kleines Stück eines Narbenkeloids ausgeschnitten. Die Operationswunden heilten normal ohne Bildung von Keloiden.

Diese Präparate wurden theils frisch, theils nach Härtung in absolutem Alkohol untersucht. Die mit dem Gefriermikrotom verfertigten Schnitte wurden ungefärbt in Glycerin oder mit Lithioncarmin, Picrolithion-Carmin, Hämatoxylin, Ueberosmiumsäure und nach der Gram'schen Methode gefärbt untersucht.

Alle Schnitte, die von den gleich nach dem Auftreten excidirten Präparaten gemacht worden waren, zeigten, was klinisch schon beobachtet worden war, dass die grösseren Plaques Gruppen von kleinen runden Efflorescenzen darstellten, die noch von gesunder Cutis und Epidermis umgeben waren. Die Hornschicht war an den erkrankten Stellen nur lose mit dem Rete Malpighii verbunden, zum Theil auch schon abgelöst, sie verhielt sich jedoch normal gegen die Färbeflüssigkeiten. Als primäre Veränderung sieht man an allen gefärbten Schnitten, dass das erkrankte Rete Malpighi viel heller gefärbt ist, als das daneben liegende gesunde. Die Grenze zwischen beiden ist meistens ziemlich scharf gezeichnet. Die Zellkerne sind in den kranken Partien noch deutlich zu erkennen, sie erscheinen aber viel blasser als die der normalen Zellen. Die Zellen, besonders die der untersten Reteschicht selbst,



sind wie auseinander gedrängt; zwischen denselben sieht man schmale durchsichtige Streifen. Diese Zellen sehen spindelförmig, in die Länge gezogen aus; in den über denselben in der Mitte des Rete gelegenen, sind die Kerne und das Protoplasma aufgequollen. Bei schon weiter fortgeschrittenem Processe finden sich zahlreiche Zellen, deren Kerne verschwunden oder an die Zellwand angepresst sind, während das Protoplasma zu Vacuolen degenerirt und ganz durchsichtig ist. Diese Vacuolen erscheinen an manchen Stellen so zahlreich, dass das Rete bei schwacher Vergrösserung wie siebförmig durchlöchert aussieht.

Mitten im Rete findet man weiter unregelmässig begrenzte Hohlräume, die von spindelförmig ausgezogenen Zellen netzförmig durchsetzt sind. Die Zellen der äussersten Schleimschicht erscheinen entweder comprimirt oder zu Vacuolen degenerirt.

Die Hohlräume erkennt man schon bei schwacher Vergrösserung leicht an dem nach aussen convexen Contour der Hornschicht. Selbst wenn der Process nur kurze Zeit bestanden hatte, findet man dieselben in verschiedener Grösse fast in jedem Schnitte. In den Schnitten, welche von den 2 bis 3 Tage alten Präparaten angefertigt worden waren, zeigt sich das ganze Epithellager nekrotisch, in ein Balkennetz verwandelt, nach aussen von der Hornschicht, nach innen von dem kleinzellig infiltrirten Papillarkörper begrenzt. An einzelnen Stellen sind auch die Papillen mit in den nekrotischen Process hineingezogen, und die angrenzende Cutis zeigt kleinzellige Infiltration. Schon im Beginne des Processes sind die Capillaren der Papillen sehr ausgedehnt und mit Blutkörperchen angefüllt. Eine dichte Infiltration von runden Zellen umgibt alle Gefässe der Cutis bis in das subcutane Bindegewebe hinein, jedoch sind nur einzelne Gefässwände von den Zellen durchsetzt, während im Allgemeinen die quer- und längsgeschnittenen Arterien und Venen der Haut keine Abnormität der einzelnen Wandschichten aufweisen. Dasselbe gilt von den Lymphgefässen. Ebensowenig habe ich Veränderungen der Hautnerven beobachten können. Schweiss- und Talgdrüsen sind gut erhalten; auch sie sind von Anhäufungen von kleinen runden Zellen umgeben. Vollständig normal verhalten sich auch die Haare mit ihren Follikeln. Unter den Schorfen sieht man hier und da schon am Rande beginnenden Ersatz des Epithellagers.



In den Schnitten von dem exstirpirten Narbenkeloid erscheint die Epidermis verdünnt; die Papillen sind an einzelnen Stellen noch gut erhalten, an anderen fehlen sie; die Epidermisgrenze ist hier geradlinig. Die Cutis ist bis ins subcutane Gewebe von neugebildeten Bindegewebssträngen durchzogen, deren derbe Faserbündel meist der Hautoberfläche parallel verlaufen; an einzelnen Stellen sind noch zahlreiche Spindelzellen zu erkennen. Talg- und Schweissdrüsen, sowie Haare sind noch erhalten, wenn sie auch atrophisch erscheinen.

Hin und wieder fanden sich auf dem Schorfe oder in der Nähe desselben kleine Coccencolonien. Diese waren jedoch so selten und ihr Befund auf dem nekrotischen Gewebe resp. in der Umgebung an sich so wenig befremdend, dass kein Gewicht darauf gelegt werden konnte. Die Verletzung unter dem Nagel, die am folgenden Tage schon auftretenden ersten Symptome der Erkrankung in der Nähe der verletzten Stelle, das centripetale Weiterschreiten der Krankheit, und das den einzelnen Eruptionen vorangehende und sie begleitende Fieber sind allerdings Momente, welche den Gedanken an eine Infection nahe legen, jedoch liessen die negativen Resultate der Untersuchung der Schnitte und Blutpräparate auf die Gegenwart von Mikroorganismen und der oben erwähnten Impfversuche, insbesondere auch der vollständige Mangel von Lymphdrüsenerkrankungen und das während der langen Dauer der Krankheit alleinige Ergriffensein der Haut, die Annahme einer Infection nicht zu.

Ein vollständig congruentes Krankheitsbild konnte ich, wie ich schon in den einleitenden Worten bemerkte, in der Litteratur nicht auffinden; die wenigen Fälle, die eine Analogie mit dem unsrigen zulassen, will ich zum Vergleiche etwas ausführlicher mittheilen.

A. Sangster (Transactions of the internat. Congr., London 1881, Vol. III, p. 184. — Vierteljahrschr. f. Derm. 1881, p. 665) stellte in der Section für Dermatologie des Londoner Congresses einen Fall vor, den er als „Neurotic Excoriation" deutete. Es handelte sich um ein 13jähriges nervöses und scheues Mädchen, welches 3 Jahre vorher der Clinical Society of London als an Herpes abortivus leidend vorgestellt worden war. Als S. das Mädchen zuerst sah, zeigte es einen scharf begrenzten ovalen Fleck



von $1^1/_2$ Zoll Länge auf dem Rücken des linken Vorderarmes, ausserdem zwei schmälere livide und schuppende Flecken auf dem Rücken der linken Hand. Nach einigen Tagen bildete sich ein neuer Fleck auf dem linken Vorderarme, welcher heiss und schmerzhaft bei Berührung war, aber keine sonstigen Entzündungserscheinungen, weder Härte noch Geschwulst darbot, jedoch einen hyperämischen Hof hatte; ein dünner Schorf bedeckte denselben. Es sah aus, als wenn die Haut dort mit einem milden Aetzmittel bemalt worden wäre. Nach 2 Tagen verschwand das Erythem; auf dem Fleck blieb eine schuppende Fläche, welche Serum und dünnflüssigen Eiter, der zu einer Kruste eintrocknete, absonderte. Nach etwa 10 Tagen fiel die Kruste, ohne einen Substanzverlust zu hinterlassen, ab. 3 Jahre lang wurde die Patientin beobachtet, und während dieser Zeit traten immer neue Efflorescenzen auf, die denselben Verlauf nahmen. 3 Monate ist der längste Zwischenraum, in welchem keine neuen Flecken sich entwickelten. Am meisten wurden die Extremitäten befallen, an denen dieselben oft eine Bandform annahmen, der Rumpf und die Schulterblattgegend blieben nicht verschont. Stücke der Schorfe wurden ohne Resultat mikroskopisch untersucht.

In der dem Vortrage folgenden Discussion konnte Wilson die Affection nicht als die von ihm zuerst beschriebene „Neurotic excoriation" diagnosticiren, verglich dieselbe mehr mit dem Erythema nodosum, und erklärte sich gegen die Ansicht, dass das Mädchen die Flecken künstlich hervorgerufen habe, während die meisten anderen Redner in der Discussion (so Thin, Liveing, Unna) in den Symptomen der Krankheit Artefacte der Patientin vermutheten. Kaposi glaubte, dass es ein Fall von Urticaria bullosa mit abortiven Blasen sein könnte.

Neumann stellte der Gesellschaft der Aerzte in Wien (Anz. der Gesellsch. der Aerzte in Wien, 12. und 25. Mai 1882. — Vierteljahrschr. 1882, p. 536) einen Fall von acuter, umschriebener Gangrän der Haut vor. Die Kranke, 18 Jahre alt, anämisch, mit spärlichen Menses, erkrankte am 15. October 1881. Die ersten gangränösen Herde zeigten sich in der Hohlhand, und zwar 7 von Linsen- bis Silbergroschengrösse. Am 9. März traten Efflorescenzen von Thalergrösse über dem linken Sternoclaviculargelenke, dann am manubrium sterni und am äusseren Ende der clavicula auf.



Später erkrankten die Vorderarme an der äusseren Fläche in der Weise, dass zuerst 4 am linken, hierauf 3 am rechten, 1 am linken, 2 am rechten, 1 am linken, 1 am rechten Arme, endlich 2 unter der linken Kniescheibe entstanden.

Die Symptome beim Auftreten wechselten, doch trat constant Brennen von kurzer Dauer auf, die Haut erschien an einer umschriebenen Stelle geröthet, etwas elevirt, die Temperatur erhöht. Diese Stelle grenzte sich allmählich von der gesunden Haut ab, und die Färbung änderte sich von der Peripherie gegen das Centrum so, das erstere braun, letzteres matt weiss erschien; während die Empfindung an der Peripherie geschwunden war, bestand sie im Centrum noch, um jedoch auch bald zu schwinden. Zur Zeit dieses Vorganges konnte N. beobachten, dass in der Umgebung etwas seröse Flüssigkeit ausgeschieden wurde, sowie, dass an einzelnen Schorfen sich den Blitzfiguren ähnliche Ramificationen bildeten. Innerhalb 14 Tage löste sich der Schorf durch rasch wuchernde Granulationen. An 2 mit der Scheere losgelösten Schorfen konnte N. mikroskopisch den unveränderten panniculus adiposus, sowie die erweiterten Venen des subcutanen Bindegewebes sehen. In der folgenden Sitzung der Gesellsch. der Wiener Aerzte zeigte N. eine Abbildung eines Fleckes, welche in drei verschiedenen Zeiträumen von Heitzmann entworfen war, und an der Peripherie des Fleckes Bläschen zeigte. Neumann glaubt, dass man es in diesem Falle mit einer vasomotorischen Erkrankung zu thun habe, und sprach sich später noch dahin aus, dass die Schorfe vielleicht dem Herpes zoster gangraenosus analog seien. Auch in dieser Discussion fanden sich Stimmen, welche die Schorfe für Artefacte ansahen (Billroth, Weinlechner), N. Weiss hingegen sprach die Meinung aus, dass es sich hier um irritative (wahrscheinlich entzündliche) multipel auftretende Läsionen peripherer Nerven oder der Spinalganglien handle. Kaposi erinnerte an den zuerst von ihm beschriebenen Fall von Herpes zoster gangraenosus, welcher im Beginne in Striemen, Streifen und Punkten als Schorfe aufträten. Auf diesen Fall kommen wir gleich wieder zurück.

Kaposi theilte noch einen, ihm von Otto Kalb zugesandten Krankheitsbericht mit, der ein Mädchen betrifft, dem eine Säure angeblich an die Wange gespritzt war und Verschorfungen

herbeigeführt hatte, aus denen eine keloidartige Narbe hervorging. Später entstanden ähnliche Insulte am Arme und den unteren Extremitäten; es trat zuerst Röthung einer Stelle ein; 5—10 Minuten nachher waren schwach erkennbare Blasen entstanden, die Cutis sank unter der Epidermis ein, es kam weiter zur Absonderung von Flüssigkeit, zur Bildung von Schorfen, welche grauledern aussahen und durch Eiterung abgestossen wurden; dann bildeten sich Narben.

Leloir (Recherches clin. et anatom. patholog. sur les affections cutanées d'origine nerveuse. Paris 1882, p. 117) beschreibt auch einen analogen Fall, welcher ein Mädchen von 18 Jahren betrifft. Bei diesem hatte sich 3 Jahre vorher zuerst an dem rechten Backenvorsprunge ein Erythem gebildet, welches 6 Monate persistirte und allmählich einen Schorf bildete. Dieser hinterliess kaum eine Narbe. Aehnliche Schorfbildung trat nach einigen Wochen hinter dem linken Ohre, am Halse, in der Magengegend und am linken Arme auf. Von da ab erschienen immer neue Plaques, welche in den letzten 2 Jahren wenigstens alle 8 Tage auftraten. Diesen ging 24 Stunden vorher ein heftiges Prickeln voraus. Blasenbildung oder Epidermisabhebung ist nie beobachtet worden. Die Schorfe sind von grauweisser Farbe, pergamentartig, mit glatter Oberfläche, vollständig unempfindlich und zeigen einen entzündlichen Hof. In der nächsten Umgebung der Efflorescenzen ist die Sensibilität auch herabgesetzt. Im Verlaufe von 2 bis 3 Wochen stösst sich der Schorf ab und hinterlässt ein Hautgeschwür, welches nur wenig eitert und sehr langsam heilt. Die zurückbleibende Narbe ist einer Brandnarbe ähnlich oder entwickelt sich zum Keloid. Die Narben sind auch anästhetisch. Arme, Hals, Kopf, linke Kniegegend, Magengegend zeigen solche Narben. Alle angewandten Mittel haben nichts geholfen, der Process schritt immer weiter fort. Leloir bezeichnet die Krankheit als gangränöse Plaques der Haut in Folge einer Nervenläsion. Letztere nimmt er wegen der Hyperästhesie mit nachfolgender Anästhesie der befallenen Hautstellen an. Die Abwesenheit von Symptomen, die auf eine Erkrankung des Centralnervensystems hinweisen, bestimmt ihn zu der Annahme, dass sich der pathologische Process in den peripheren Nerven abspielt.

Dies sind die in der uns zugänglichen Litteratur vorge-

fundenen, dem unsrigen analogen Fälle. In ihnen sehen wir an den verschiedensten Stellen des Körpers, wenn auch nicht so ausgedehnt wie bei unserer Patientin, umschriebene, oberflächliche oder tiefer greifende Hautgangrän spontan auftreten, welche in einer gewissen Zeit zur Vernarbung übergeht. Leloir's und Kalb's Fälle zeigen wie der unsrige Narbenkeloide. Von ihren Autoren werden die Fälle als Neurosen bezeichnet, der Process in der Haut bleibt unaufgeklärt, da die histologische Untersuchung der erkrankten Haut entweder nicht vorgenommen wurde, oder, wo solches geschah, ein negatives Resultat ergab.

Die histologische Untersuchung der erkrankten Haut in unserem Falle hat zuerst eine Entzündung der obersten Cutisschicht mit ausgedehnten Gefässen und kleinzelliger Infiltration um dieselben ergeben. Seröses Exsudat dringt in das Rete Malpighi und drängt die Zellen auseinander; diese zeigen sehr bald eine geringere oder mangelnde Tinctionsfähigkeit, ein Aufquellen ihrer Kerne und ihres Protoplasmas und bilden sich nachher in Vacuolen um. Dieses geschieht durch die Aufnahme der Exsudatflüssigkeit in die Zellen, welche zu Grunde gehen. Auf diese Weise sind die Hohlräume mitten im rete entstanden, die den Anfang der Bläschenbildung in der Haut darstellen. Wir fanden also bei der Untersuchnug einen ähnlichen Process, wie ihn u. A. Weigert, Unna, Touton[1]), Haight und Lesser[2]) bei der Blasenbildung, welche auf entzündlicher Basis begründet ist, schon beschrieben haben, beide letztere Autoren in specie für Herpes zoster. Bei der so acut auftretenden Gangrän in unserem Falle kamen die Blasen nicht so weit zur Entwickelung, dass sie klinisch beobachtet werden konnten, nur die oben beschriebenen Zeichnungen an der Oberfläche der Plaques, ihre Grenze, welche häufig ihre Entstehung durch Zusammenfliessen kleiner runder Efflorescenzen kennzeichnete, liessen klinisch die Bläschenbildung als Primärefflorescenz vermuthen. Die Gangrän erstreckte sich meist nur auf die Epidermis, zuweilen auch auf den Papillarkörper.

---

[1]) cf. Touton, Vergleichende Untersuchungen über die Entwickelung der Blasen und der Epidermis. Tübingen 1882, wo auch die frühere Litteratur sich findet.

[2]) cf. Lesser, Virchow's Archiv. Bd. 86.

die übrige Cutis und das subcutane Gewebe zeigte nur in der Umgebung des Processes selbst eine kleinzellige Infiltration, welche besonders die Gefässe begleitete. An den Nerven war keine Veränderung sichtbar.

Als Primärefflorescenzen stellte in unserem Falle also die Untersuchung Bläschen fest. Da dieselben in Gruppen auftraten, so kann von den Bläschenausschlägen hier nur Herpes in Betracht kommen. Die Bläschen traten immer sehr acut auf und waren gleich in vollständiger Ausdehnung entwickelt; nie beobachteten wir, dass ein Herd sich peripherisch verbreitete.

Neumann hat schon bei seinem Falle die Vermuthung ausgesprochen, dass die Schorfe denen des Herpes zoster gangraenosus analog seien. Durch den mikroskopischen Befund und die in der letzten Zeit der Beobachtung immer deutlicher hervortretenden Zeichnungen an den frisch entstandenen Plaques bin ich auch für meinen Fall auf diese Ansicht gekommen. Ich möchte denselben als einen allmählich über fast alle Nervenbezirke sich erstreckenden Herpes zoster gangraenosus, wenigstens als eine diesem Processe ganz ähnliche Erkrankung bezeichnen, die fort und fort recidivirt.

Kaposi (Wiener med. Wochenschrift 1874 Nr. 25, 26, 38, 1876 Nr. 1 und 2, 1877 Nr. 25, 26. Vierteljahrschr. 1882, S. 542) hat zuerst einen Herpes zoster gangraenosus recidivus beschrieben, der manche Analogie mit unserem Falle hat. Er hat noch 3 solche Fälle beobachtet. Seine erste Patientin hat 12 Zostereruptionen durchgemacht, die sich auch nicht auf bestimmte Nervengebiete beschränkten. Zuerst wurde das Gebiet des rechten Plexus cervico brachialis befallen, dann traten ausser im Gebiete des 1. und 2., auch in dem des 3. bis 6. Intercostalnerven derselben Seite und auf der entgegengesetzten Körperhälfte weit über die Medianlinie des Körpers hinaus Efflorescenzen auf. Später zeigten sich Recidive ausserhalb der erwähnten Nervenbezirke, und zwar erschien ein 6. Ausbruch als Herpes zoster lumbo-sacro-cruralis der rechten Seite, als 7., 8. und 9. Ausbruch ein Herpes zoster cervico-brachialis der linken Seite. Bei dem 7. und 8. Recidiv war hauptsächlich nur der linke Vorderarm, bei dem 9. der Oberarm ergriffen. Die Bläschen und Schorfe waren zum Theil lange Streifen, welche mit ihrer Längsaxe nicht der Verlaufsrichtung der cutanen Nerven entsprachen. An den erkrankten Stellen waren rundliche





und unregelmässige bis kreuzergrosse, nebenbei auch 1 bis 2 Zoll lange streifenförmige, theils quer, theils schief nach abwärts laufende grünlich-schwarze, scharf abgesetzte, unter das Niveau der Umgebung eingesunkene, im übrigen flache und festhaftende, an der Oberfläche glatte Schorfe zugegen. Neben diesen fanden sich jedoch noch Gruppen von charakteristischen Bläschen, welche peripherisch, nach dem Typus des Herpes circinatus, sich weiter entwickelten. Vielfach traten bei den Recidiven neue Efflorescenzen auf früher erkrankt gewesenen Hautstellen auf, was wir ja auch in unserem Falle beobachteten.

So verschieden dieser von Kaposi zuerst beschriebene Fall von dem typisch verlaufenden Zoster schon ist, in ebenso hohem Grade unterscheidet sich der oben beschriebene von jenem. Wenn auch im Anfange das Gebiet des plexus cervico-brachialis sinister allein befallen blieb, so schritt doch der Process immer weiter, erstreckte sich nicht allein auf den Rumpf und die Extremitäten beiderseits, sondern später auch auf den vordern Theil des Kopfes und das Gesicht. Wenn auch die einzelnen Efflorescenzen immer genau denselben typischen Verlauf nahmen, so liess sich doch kein Typus in dem Auftreten der neuen Ausbrüche im Allgemeinen feststellen, sondern die neuen Herde traten bald hier bald da, zuweilen gleichzeitig an zwei entfernten Körperstellen auf. Nie wurden deutlich entwickelte Bläschen beobachtet, da der Process so acut verlief, dass die Gangrän, welche bei Herpes nicht so selten ist, die Efflorescenzen vor beendeter Entwickelung zerstörte.

Die allmähliche Verbreitung über den ganzen Körper, die immerfort völlig atypisch auftretenden Recidive, sowie die Entwickelung der starken Narbenkeloide, machen die Krankheit in unserem Falle so eigenthümlich. Ich kann jedoch, trotz der grossen Eigenthümlichkeiten, unsern Fall in keine andere Kategorie einreihen, als in die des Herpes zoster. Was mich dazu bestimmt, ist, dass die Herde aus Gruppen von kleinen runden Flecken bestehen, die durch die histologische Untersuchung als beginnende Bläschenbildung charakterisirt sind. Dazu kommt das acute Auftreten und der allen eigenthümliche typische Verlauf ohne weitere peripherische Verbreitung, und der Umstand, dass die Erkrankung sich längere Zeit auf das Gebiet des Plexus cervico-brachialis sinister beschränkte, ehe sie später auch auf andere Nervengebiete,



zuweilen in gleichzeitigen, doppelseitigen Eruptionen überging. Da nun doppelseitiges Auftreten von Herpes zoster zuweilen beobachtet wird, derselbe auch, wie der Fall von Kaposi zeigt, in Recidiven sich auf verschiedene Nervengebiete erstrecken kann, so ist der weitere Schritt zum Herpes universalis nicht mehr so gross.

Als Ursachen des Herpes zoster sind Erkrankungen der Spinalganglien, des Ganglion Gasseri, der peripheren Nerven und des Rückenmarkes nachgewiesen. Wenn schon Kaposi für seinen Fall wegen der enormen Ausdehnung und des Ueberschreitens der für Herpes zoster sonst typischen Nervenbezirke zu der Annahme sich gedrängt fühlt, dass der Sitz der Krankheitserregung im Rückenmark sei, oder, wenn auch vielleicht ursprünglich in einzelnen Intervertebralganglien gelegen, jedenfalls sich durch das Rückenmark, und zwar sowohl nach seiner Quer-, wie nach seiner Längsaxe erstreckt hat, so muss das noch viel mehr für unsern Fall, in welchem die Ausbreitung und das Ueberschreiten der Nervengebiete in viel grösserem Masse geschehen, gelten. Wegen des Befallenseins des Kopfes und Gesichtes müssen wir sogar den Sitz der Krankheitserregung auch im Gehirn suchen. Welcher Art diese ist, darüber lässt sich nichts sagen, da keine weiteren Symptome einer Erkrankung des Centralnervensystems vorliegen.

Ob die Verletzung, welche gerade am Tage vor dem Erscheinen der in ihrer nächsten Nähe zuerst auftretenden Efflorescenzen stattfand und ein sehr sensibles Nervengebiet traf, in directen Zusammenhang mit der Erkrankung zu bringen ist, oder ob ein zufälliges Zusammentreffen hier obwaltet, ist schwer zu entscheiden. Unwahrscheinlich ist es nicht, in Anbetracht des Beginnes der Krankheit am Tage nach der Verletzung, des ersten Auftretens in der Nähe derselben, des centripetalen Weiterschreitens und des längeren Beschränktbleibens auf das zuerst getroffene Nervengebiet, dass die Nadel, welche mehrere Tage hindurch die Fingernerven reizte, als indirecter Krankheitserreger wirkte. Fälle von typischem Herpes zoster, die auf einen traumatischen Ursprung zurückzuführen waren, sind schon von vielen Autoren beschrieben worden. Erst jüngst hat Verneuil (Des éruptions cutanées chirurgicales. Annal. de Dermatologie 1885, Nr. 10)





eine grössere Anzahl solcher Fälle zusammengestellt und besprochen. Auch ist es ja bekannt, dass nach kleinen Verletzungen Trismus und Tetanus auftreten kann; ebenso sind Nervenzufälle, epileptiforme Anfälle nach peripherischer Nervenreizung beobachtet worden.

---

## Erklärung der Tafeln.

Fig. 1 und 2, Taf. X, XI, sind nach einem nach der Natur gemalten Bilde der Patientin, dem eine Photographie vom Anfang Juli 1885 als Grundlage diente, lithographirt. Ich habe im Gesichte, welches auf Wunsch der Patientin kein Porträt ist, einige Pigmentflecke hinzufügen lassen, wie sie nach dem Auftreten der Erkrankung im Gesicht zurückblieben, ebenso in der Gegend der rechten Clavicula zwei Plaques, welche Mitte November, als der Zeichner das Bild noch einmal nach der Natur verbesserte, frisch aufgetreten waren.

Fig. 3 und 4, Taf. XII, stellen 2 frische Plaques in natürlicher Grösse dar, welche am 11. November 1885 am rechten Vorderarm auftraten. Erklärung im Text der Krankengeschichte.

Fig. 5, Taf. XII, zeigt das zwischen den Brustdrüsen gelegene Narbenkeloid in ungefähr $^2/_3$ der natürlichen Grösse.

Aus der kgl. dermatologischen Klinik des Professor Dr. A. Neisser
in Breslau.

# Klinische Beiträge zur Aetiologie und Pathogenesis des Lupus vulgaris.

Von

**Felix Block,**

prakt. Arzt (Breslau).

---

In seiner Abhandlung über die chronischen Infectionskrankheiten der Haut[1]) sagt Neisser im Beginn seiner Besprechung des Lupus vulgaris, dass er den exacten Beweis für den Zusammenhang des Lupus mit der Tuberculose noch nicht erbringen könne, da es weder ihm noch Anderen bisher gelungen sei, im lupösen Material die Bacillen der Tuberculose nachzuweisen, die erst kurz vor Abfassung dieser Arbeit entdeckt worden waren. Er vertritt dennoch diesen Zusammenhang und hält den Nachweis der Bacillen im lupösen Gewebe nur für eine Frage der Zeit.

Er behielt Recht; denn kurze Zeit nach dem Erscheinen seiner Arbeit veröffentlichte Doutrelepont[2]) den ersten Bacillenbefund bei sieben Lupusfällen. Bald wurde derselbe von mehreren anderen Untersuchern, wie Pfeiffer, Demme, Schuchardt und Krause bestätigt. Seitdem vollends Robert Koch[3]) in seiner grossen Arbeit über die Tuberkelbacillen nicht nur die Auffindung derselben im Lupusgewebe, die ihm schon vor

---

[1]) v. Ziemssen, Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie. Bd. XIV.

[2]) Monatshefte für praktische Dermatologie. Bd. II. Nr. 6.

[3]) Die Aetiologie der Tuberculose. Mittheilungen aus dem kaiserl. Gesundheitsamte. Bd. II.

Doutrelepont glückte, sondern auch das Gelingen von Reinculturen aus denselben, sowie deren erfolgreiche Ueberimpfung auf Thiere publicirte, dürfte es keinem Zweifel mehr unterliegen, dass in lupös entartetem Gewebe Bacillen vorkommen, die mit denen tuberculös erkrankter Lungen und anderer Organe identisch sind. Dass die Tuberkelbacillen wirklich die Ursache der Tuberculose sind, zu beweisen, ist Koch in unanfechtbarer Weise gelungen. Und daraus ist wohl mit grosser Wahrscheinlichkeit der Schluss zu ziehen, dass auch im Lupus die Tuberkelbacillen die Rolle des Krankheitserregers spielen, dass also der Lupus ätiologisch den tuberculösen Krankheiten beigezählt werden muss. In der That haben die meisten deutschen und französischen Autoren seither diesen Schluss gezogen.

Doch um den Beweis für die pathogenetische Bedeutung der Tuberkelbacillen für den Lupus so absolut zwingend, wie z. B. für die Lungenphthisis zu führen, fehlt eins, die künstliche Erzeugung von Lupus durch Impfung mit Tuberkelbacillen. Das aber ist bisher noch Niemandem gelungen, obwohl es mehrfach von Deutschen und Franzosen versucht wurde. Auch Neisser und der Verfasser haben vergebliche Versuche in dieser Richtung unternommen. Es wurden von uns, da angenommen werden konnte, dass erkranktes Gewebe den Bacillen besseren Nährboden bietet als gesundes, auf der rasirten Haut verschiedener Körpertheile von Kaninchen und Meerschweinchen, theils einfach durch scharfes Rasiren, theils durch Bestreichen mit Crotonöl oder Betupfen mit flüssigem Siegellack, Dermatitiden erzeugt. Dann wurde in die kranken Stellen Sputum Phthisischer, das reichlich von Tuberkelbacillen durchsetzt war, eingerieben, und dieselben mit einer schützenden Decke von Traumaticin überzogen. Die Entzündungen heilten stets ungestört ab, die Thiere blieben gesund, auch örtlich erschienen keine tuberculösen Affectionen. Ferner erzeugten wir dadurch, dass gleiches Sputum in subcutane, taschenförmige Wunden gebracht wurde, käsige Abscesse im Unterhautbindegewebe, in denen sich zahlreiche Bacillen fanden, und excidirten nach Monaten die darüber liegenden Hautstückchen, um sie auf die histologischen Kennzeichen des Lupus, sowie auf Bacillen zu untersuchen; doch fand sich weder das eine noch das andere. Mit



Reinculturen haben wir, beiläufig bemerkt, nicht gearbeitet. Trotzdem sollte der bisherige Misserfolg nicht vor weiteren Experimenten zurückschrecken, da die Versuche noch nicht sehr zahlreich sind, und verbesserte Technik vielleicht doch ein günstiges Resultat ergiebt. Allerdings ist meines Wissens noch bei keinem Thiere eine spontane dem Lupus des Menschen ähnliche Erkrankung beschrieben worden, so dass man zur Erklärung des Misslingens der bisherigen Versuche wohl an eine Immunität der thierischen Haut gegen Tuberculose denken könnte. Vielleicht ist es die starke Behaarung derselben, welche die Tuberkelbacillen sich anzusiedeln hindert. Auf diesen Gedanken bringt mich der Umstand, dass auch beim Menschen Lupus auf dem behaarten Kopfe nur äusserst selten primär auftritt, auch secundär daselbst nicht gut gedeiht (s. u.).

Wie dem aber auch sei, jedenfalls fehlt ein Glied in der Beweiskette für die bacilläre Aetiologie des Lupus. Dieser Umstand nun, sowie der fernere, dass in der Mehrzahl der Fälle die Bacillen im Lupusgewebe nur sehr spärlich aufgefunden werden [1]), so dass es oft nothwendig ist, ganze Serien von Schnitten mühsam zu durchmustern, um einen Bacillus oder eine Gruppe weniger anzutreffen, eine Thatsache, die auch ich bestätigen muss, lassen manchen Autoren den Zusammenhang des Lupus mit der Tuberculose als noch immer zweifelhaft erscheinen.

Dazu kommen noch klinische Gründe. In seinem Lehrbuche giebt Kaposi [2]), der Hauptvertreter der gegnerischen Ansicht, an, er habe nur bei sehr wenigen von über 600 von ihm behandelten Lupusfällen die Symptome der Scrophulose gefunden, bei Hunderten Scrophulöser keinen Lupus, und fügt hinzu, dasselbe gelte von der Tuberculose noch in erhöhtem Masse. Besonders aber weist er die Deutung des Lupus als Tuberculose der Haut zurück, weil es eine wahre Hauttuberculose gebe. Dieselben Argumente

---

[1]) In einigen Fällen fand man die Bacillen aber auch in grossen Mengen, so z. B. Lachmann (Kleine Beiträge zur Kenntniss der Tuberkelbacillen. Deutsche med. Wochenschrift. 1884. No. 13) bei einer Patientin, wo sich unter Borken in einem Eiterdepot die Bacillen in förmlichen Reinculturen der bekannten ∾ Form massenhaft angesiedelt hatten.

[2]) Kaposi, Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten. 2. Aufl. Wien 1883.



führte er auch auf dem internationalen medicinischen Congress zu Kopenhagen 1884 ins Feld, woselbst sie, in Uebereinstimmung mit fast allen an der Discussion sich Betheiligenden auch von Neisser bekämpft wurden. Daher glaube ich an dieser Stelle um so mehr von einer Discussion darüber absehen zu können, als ich im folgenden das Argument von der seltenen Coincidenz des Lupus mit Scrophulose und Tuberculose einigermassen zu entkräften gedenke. Wäre dasselbe stichhaltig, so müsste man in der That an der Deutung des Lupus als Tuberculose argen Zweifel hegen, denn es wäre sonderbar und widerspräche gänzlich ihrem sonstigen Verhalten, wenn die Tuberkelbacillen einmal in die Haut eingedrungen, so selten andere Organe in Mitleidenschaft zögen. Doch die Verhältnisse liegen anders als Kaposi angibt, wie dies bereits von mehreren bald zu erwähnenden Autoren auf Grund klinischer Statistiken gezeigt wurde und auch aus dem folgenden ersichtlich sein wird.

Nachdem nämlich die Frage nach der Aetiologie und Pathogenesis des Lupus, entsprechend der ätiologischen Richtung unserer heutigen Forschung überhaupt, einmal erhöhtes Interesse gewonnen hatte, schien es an der Zeit, in Rücksicht auf sie nicht nur die neu zur Beobachtung gelangenden Fälle von Lupus zu studiren, sondern auch rückgreifend das in den klinischen Journalen vorhandene Material auszunützen.

Mit dieser Aufgabe für die kgl. dermatologische Klinik in Breslau wurde ich von Herrn Prof. Dr. Neisser betraut, dem an dieser Stelle meinen tiefgefühlten Dank hiefür, sowie ganz besonders für seine liebenswürdige Unterstützung dabei, auszusprechen mir gestattet sei.

Eine ähnliche Verwerthung fand bereits das Material der Prager Hautklinik durch Raudnitz[1]), das der Copenhagener durch Pontoppidan[2]); auf beide Abhandlungen wird im folgenden des öfteren Bezug zu nehmen sein. Der modus procedendi war nun folgender: Alle neu hinzukommenden Lupusfälle der Breslauer dermatologischen Klinik und Poliklinik werden seit dem Herbst 1883 einer gründlichen Untersuchung auf tuberculöse resp. scrophulöse Symptome unter-

[1]) R. W. Raudnitz, Zur Aetiologie des Lupus vulgaris. Vierteljahrsschrift für Dermatologie und Syphilis. Jahrg. 1883.

[2]) E. Pontoppidan, Zur Aetiologie des Lupus. a. a. O.

zogen, auch auf die Anamnese grosse Sorgfalt verwandt. Ausserdem wurde eine grosse Anzahl früher in Behandlung gewesener Lupöser aufgesucht, oder brieflich in die Klinik citirt, oder endlich, falls sie gestorben, über die Todesursache eingehende Erkundigungen eingezogen. Die Breslauer dermatologische Klinik wurde um Ostern 1877 eröffnet, die Arbeit am 1. November 1885 abgeschlossen. Alle in diesem Zeitraume klinisch oder ambulant behandelten Lupuspatienten, sowie einige mir aus seiner Privatpraxis von Herrn Prof. Dr. Neisser zur Veröffentlichung gütigst überlassene Fälle, bilden ein Material von 144 Lupusfällen, das den folgenden Ausführungen zu Grunde gelegt ist.

Bevor ich dieselben beginne, habe ich nur noch zu bemerken, dass ich den Lupus erythematosus der Meinung der meisten Dermatologen folgend als eine Krankheit sui generis auffasse und derartige Fälle nicht in den Kreis meiner Untersuchung gezogen habe, vielmehr nur sichere Fälle von echtem Lupus vulgaris (Willani). Dagegen finde ich es unberechtigt, wie es Vidal[1]) will, drei Formen von Lupus zu unterscheiden, einen sclerotischen, tuberculösen und erythematösen. Letzterer ist, wie gesagt, eine ganz andere Affection als die beiden ersten; diese dagegen unterscheiden sich nach Vidal's eigenem Ausspruche nur so wie die indurirende Lungenphthise von der ulcerirenden. Auch ich kann bestätigen, was Vidal angibt, dass die sclerotische Form des Lupus häufiger bei Männern und häufiger an den Extremitäten sich findet als die ulcerirende Form, sowie dass sie eine etwas bessere, wenn auch bei weitem keine gute Prognose hat. Sollten aber diese Differenzen genügen eine gleiche Trennung wie der Lupus erythematosus zu fordern? Uebrigens findet man an verschiedenen Körpertheilen desselben Patienten oft genug beiderlei Formen.

### Geschlechtsverhältniss bei Lupus.

Zwar ist die Erörterung des Geschlechtsverhältnisses unter den Lupösen nicht direct geeignet, die Pathogenesis der Krankheit aufzuhellen, doch ist sie, wie auch die der Localisation,

[1]) Vidal, Du Lupus sclereux. Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie. Paris 1883.



welche weiter unten folgt, nicht ohne Interesse. Daher möge es gestattet sein, diese beiden Fragen in Kürze zu behandeln.

Das weibliche Geschlecht erkrankt sehr viel häufiger an Lupus als das männliche, darin scheinen alle Beobachter, die über ein grösseres Material verfügten, übereinzustimmen. Raudnitz z. B. hat unter 209 Lupuskranken der Prager Hautklinik 37·3 p. c. Männer und 62·7 p. c. Weiber, Pontoppidan aus Kopenhagen unter 100 Fällen 34 und 66, unsere Statistik weist 46 Männer und 98 Weiber also 31·9 und 68·1 p. c. auf; alle drei stimmen nahezu überein.

Eine sichere Erklärung aber für diesen so bedeutenden Unterschied lässt sich noch nicht geben. Anzunehmen, dass etwa die Frauen nur häufiger wegen geringer Schönheitsfehler der Gesichtshaut ärztliche Hilfe nachsuchten, ist nicht statthaft, denn der Lupus führt meist früher oder später zu so arg entstellenden und die Function der betroffenen Organe störenden Defecten, dass auch Männer des Arbeiterstandes, die nichts auf ihr Aeusseres geben, den Arzt aufsuchen. Vielleicht existirt eine geringere Resistenz der zarteren weiblichen Haut gegen die Ansiedlung und Vermehrung der Tuberkelbacillen, analog wie auch die weniger widerstandsfähige weibliche Lunge ihnen leichter erliegt; wenigstens geben die meisten Autoren an, dass Phthisis beim weiblichen Geschlecht häufiger sei als beim männlichen, wenn auch der Unterschied ein weit geringerer ist als beim Lupus.

Man könnte in Ermangelung einer besseren Erklärung auch hier daran denken, dass der kräftigere Haarwuchs der Haut des Mannes einen besseren Schutz gegen die Ansiedlung der Bacillen gewährt (s. o.).

### Lebensalter des Lupusbeginns.

Für die Aetiologie jeder Krankheit ist es wichtig, festzustellen, in welchem Lebensalter sie am häufigsten auftritt resp. ihren Anfang nimmt.

Bei 133 Lupösen liess sich das Lebensalter, in dem ihre Krankheit begann, mit grösserer oder geringerer Genauigkeit feststellen. Die folgende Tabelle stellt meine Resultate mit denen von Prag und Kopenhagen zusammen.



| Alter | Breslau Zahl der Fälle | Breslau Procente | Prag | Kopenhagen | Alter | Breslau Zahl der Fälle | Breslau Procente | Prag | Kopenhagen |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Bis 5 | m. 12, w. 24 } **36** | **27·1** | 11·1 | | Bis 35 | m. 0, w. 2 } 2 | 1·5 | 5·6 | |
| „ 10 | m. 11, w. 14 } 25 | 18·7 | 16·2 | 29 | „ 40 | m. 1, w. 2 } 3 | 2·3 | 5·0 | 9 |
| „ 15 | m. 9, w. 19 } 28 | 21·0 | **23·3** | | „ 45 | m. 0, w. 6 } 6 | 4·5 | 1·0 | |
| „ 20 | m. 6, w. 13 } 19 | 14·3 | 17·7 | 38 | „ 50 | m. 0, w. 1 } 1 | 0·8 | 2·0 | 7 |
| „ 25 | m. 3, w. 6 } 9 | 6·8 | 11·6 | | „ 55 | 0 | 0 | 1·0 | |
| „ 30 | m. 0, w. 4 } 4 | 3·0 | 4·0 | 12 | „ 60 | 0 | 0 | 1·5 | 0 |

Die Zahlen der hiesigen Klinik lehren, dass mehr als ein Viertel der Lupusfälle im ersten, über die Hälfte in den ersten beiden Quinquennien begann; dass vom fünfundzwanzigsten Lebensjahre ab der Beginn eines Lupus zu den Seltenheiten gehört, jedoch zwischen vierzig und fünfundvierzig wieder ein wenig häufiger ist. *Der Beginn des Lupus fällt also meist ins Kindesalter.*

Der *älteste Fall* betrifft eine im Jahre 1882, als sie in hiesiger Klinik behandelt wurde, 53jährige Bäuerin, über deren weitere Schicksale aber seither leider nichts mehr zu erfahren war. Der Lupus soll bei ihr erst im 47 ten *Lebensjahre* am linken Knie begonnen haben und überzog drei Jahre später successive die rechte Glutäalgegend und Theile des rechten Ober- und Unterschenkels. Auf allen diesen Stellen zeigten sich herdweise schuppende und borkige Flächen durchsetzt von typischen Lupusknötchen. Ob Patientin vor oder nach Ausbruch des Lupus noch anderweitig krank war, ist unbekannt.

Die Zahlen von *Raudnitz* und *Pontoppidan* verlegen übereinstimmend die grösste Anzahl der Fälle auf das dritte Quinquennium, weisen im ersten und zweiten eine geringere, im dritten bis achten eine grössere Frequenz gegen die meinigen auf. Es ist wohl kaum anzunehmen, dass in Schlesien der Lupus im allgemeinen früher auftritt, als im benachbarten Böhmen

oder in Dänemark. Dagegen erscheint mir folgende Erklärung plausibel. Die meisten Patienten sind geneigt, den Beginn des Lupus erst von dem Auftreten dicker Borken, Ulcerationen, Granulationswucherungen, kurz gröberer Verunstaltungen an zu rechnen. Fragt man aber genauer nach, so erfährt man oft, dass lange Zeit vorher an der betreffenden Stelle schon ein oder mehrere „Blattern", wie das Volk in Schlesien viele Hautaffectionen nennt, hier offenbar primäre Lupusefflorescenzen, bestanden haben. Dafür spricht auch, dass in der Zeit, als auf der hiesigen Klinik den Anamnesen der Lupuskranken noch kein besonderer Werth beigemessen wurde, durchgehends späterer Beginn der Affectionen notirt wurde, als die neueren Fälle ergeben.

Raudnitz gibt an, dass die meisten Fälle männlichen Geschlechts im zweiten, die weiblichen Geschlechts im dritten Quinquennium beginnen, also zur Zeit beginnender Geschlechtsreifung. Meine Tabelle zeigt zwar eine Vermehrung der weiblichen Individuen zu dieser Zeit, welche das im übrigen stetige Absteigen der Curve unterbricht, die Unterschiede sind aber durchaus nicht so bedeutend, wie bei Raudnitz.

Die geringe Vergrösserung der Frequenz zwischen 40 und 45 Jahren fehlt bei beiden Autoren; ich weiss keine Erklärung für dieselbe, möglicherweise ist sie nur eine Zufälligkeit. Weiter unten sollen einige Besonderheiten angeführt werden, welche den Fällen die erst nach dem 25ten Lebensjahre begannen, nach besonderer Zusammenstellung derselben zuzukommen scheinen.

### Primärer Sitz des Lupus.

Für die Pathogenesis des Lupus ist es nothwendig zu erfahren, an welchen Stellen der Haut oder Schleimhäute er zuerst aufzutreten pflegt. Leider sieht man nur verhältnissmässig selten Patienten, bei denen der Lupus erst kürzlich begonnen und sich noch nicht über seinen Ursprungsort hinaus verbreitet hat, weil, wie bereits erwähnt, die Affection meist jahrelang einen harmlosen Charakter trägt und von dem Kranken nicht beachtet wird. Daher habe ich bei den nicht mehr frischen und ausgebreiteteren Lupusfällen durch sorgfältige Befragung den primären Sitz der Krankheit möglichst genau zu erforschen gesucht.



Im ganzen wurde die primäre Localisation in 135 Fällen mit ziemlicher Sicherheit bekannt, sie betrifft:

| | | | |
|---|---|---|---|
| die Haut | in 121 Fällen | = | 89·6 p. c. |
| „ Scheimhäute „ | 14 „ | = | 10·4 p. c. |

Betrachten wir zunächst die primären Localisationen auf der Haut. Hievon entfallen auf:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| A. Kopf. 79 = 59·3 p. c. | | | | |
| 1. Wangen | 29 | = | 21·5 | p. c. |
| 2. Nase | 28 | = | 20·7 | „ |
| 3. Parotidealgegend | 5 | = | 3·7 | „ |
| 4. Ohrmuschel | 3 | = | 2·2 | „ |
| 5. Oberlippe | 3 | = | 2·2 | „ |
| 6. Innerer Augenwinkel | 1 | = | 0·7 | „ |
| 7. Unteraugenlidfalte | 1 | = | 0·7 | „ |
| 8. Mundwinkel | 1 | = | 0·7 | „ |
| 9. Unterkieferrand | 1 | = | 0·7 | „ |
| 10. Gesicht ohne nähere Angabe | 7 | = | 5·2 | „ |
| B. Hals. 20 = 14·8 p. c. | | | | |
| 1. Regio submaxillaris | 10 | = | 7·4 | p. c. |
| 2. „ lateralis | 7 | = | 5·2 | „ |
| 3. „ submentalis | 3 | = | 2·2 | „ |
| C. Extremitäten | 22 | = | 16·3 | p. c. |
| a) Obere Extremität | 12 | = | 8·9 | „ |
| 1. Oberarm | 1 | = | 0·7 | „ |
| 2. Ellbogen | 4 | = | 3·0 | „ |
| 3. Vorderarm | 1 | = | 0·7 | „ |
| 4. Hand | 6 | = | 4·4 | „ |
| b) Untere Extremität | 10 | = | 7·4 | „ |
| 1. Oberschenkel | 2 | = | 1·5 | „ |
| 2. Knie | 2 | = | 1·5 | „ |
| 3. Unterschenkel | 3 | = | 2·2 | „ |
| 4. Fuss | 3 | = | 2·2 | „ |

Auffallen muss zunächst, dass der gesammte Rumpf, der Nacken und vom Kopfe der behaarte Theil, sowie Stirn und Unterlippe in keinem unserer Fälle den primären Lupusherd tragen. Auf allen diesen Theilen wurden dagegen, wenn auch nicht sehr häufig, secundäre Lupusherde

angetroffen, nur auf dem behaarten Kopfe wurde nie Lupus beobachtet.[1]) Raudnitz scheint auf dem behaarten Kopfe und Nacken ebenfalls keinen primären Lupusherd constatirt zu haben, wohl aber fand er ihn zweimal auf der Stirn, je einmal an Schulter, Brust und Gesäss. Pontoppidan beobachtete ihn je einmal auf der Stirn und dem behaarten Kopfe; letzteres ist jedenfalls eine grosse Seltenheit.

Von den 14 Fällen, 13 Weiber und nur 1 Mann, in denen Beginn des Lupus auf einer Schleimhaut sicher constatirt werden konnte, kommen auf:

1. Nasenschleimhaut . . 10
2. Conjunctiva . . . . 2
3. Rachen . . . . . . 1
4. Kehlkopf . . . . . 1

Doch glaube ich mit Prof. Neisser, dass in Wirklichkeit die Affection weit häufiger ihren Ausgang von Schleimhäuten, ganz besonders von der Nasenschleimhaut nimmt, und dass von den 28 Fällen, bei denen die Haut der Nase, meist in der Umgebung der Nasenlöcher, als Primärlocalität angegeben ist und angegeben werden musste, weil die Anamnese nichts anderes ergab, das Uebel in Form chronischer Ulcerationen bereits vorher auf der Schleimhaut der Nase existirte, nur wegen seiner Schmerzlosigkeit dem Patienten verborgen blieb. Dafür spricht, dass sehr häufig Patienten, die wegen Hautlupus die Klinik aufsuchten, nichts davon wussten, dass sie auch an Lupus der Nasenschleimhaut litten, da dieser sich noch nicht durch gröbere Zerstörungen bemerkbar machte. Es kommt ferner der von Prof. Neisser stets betonte Umstand dazu, dass der Schleimhautlupus als solcher nur selten zu diagnosticiren sei; dass Affectionen, die Lupus seien, jahrelang für Eczeme gehalten würden, bis das Aufschiessen der Lupusknötchen auf der äusseren Haut auch Licht über den vorausgegangenen Schleimhautprocess verbreite.

Pontoppidan's Patienten scheinen aufmerksamer gewesen zu sein, denn sie gaben 23mal, also zu fast einem Viertel die

[1]) Nach Abschluss der Arbeit kam auf die Klinik eine Kranke mit Gesichtslupus und einer Zwanzigpfennigstück grossen Lupusstelle 3 Cm. oberhalb der Haargrenze zur Aufnahme. A. Neisser.





Nasenschleimhaut als primäre Localität des Lupus an, die äussere Nase zu 32, so dass in über der Hälfte seiner Fälle die Nase überhaupt Primärlocalität war. Dies ist auffallend häufiger als es auf hiesiger und auf der Prager Klinik constatirt wurde; doch sind die Zahlen zu klein, als dass man sie ohne weiteres vergleichen könnte.

Pontoppidan legt ferner besonderen Werth darauf, dass fast nur die entblösst getragenen Körpertheile zuerst vom Lupus ergriffen würden. Dieses Verhältniss tritt in meinen Aufzeichnungen nicht so eclatant hervor, denn in 16 Fällen waren bekleidete Theile der Extremitäten die Primärlocalität.

Die Angaben von Raudnitz stimmen mit den meinigen im allgemeinen überein.

Besonders interessant wegen ihrer grossen Seltenheit erscheint die primäre Erkrankung der Schleimhäute des Rachens, Kehlkopfs und der Conjunctiva. (Auch Raudnitz führt nur in einem Falle primären Pharynxlupus an.) Es folgen daher über diese vier Fälle genauere Angaben:

Fall 1. Anna Willmann, Bauerntochter aus Oberschlesien, geb. 1863, stammt angeblich von gesunden Eltern und war in ihrer Kindheit bis auf recidivirende Conjunctivalentzündungen stets gesund. Im Jahre 1879 bekam sie Schmerzen im Halse, die ein halbes Jahr hindurch häufig wiederkehrten. Dementsprechend finden sich lupöse Ulcerationen, und narbige Defecte am velum palati, besonders an der Uvula, Narben der hinteren Rachenwand und des harten Gaumens. Später erst erschienen Lupus-Efflorescenzen an den Nasenflügeln, seit 1882 lupöse Geschwüre des Zahnfleisches, die auf die Circumferenz des Mundes übergriffen und dieselbe narbig verkleinerten. Die Nasenschleimhaut war ebenfalls lupös erkrankt, doch wusste Patientin nicht seit wann (s. o.). Sie wurde 1883 in hiesiger Klinik behandelt und gebessert entlassen, stellte sich aber 1884 wieder mit Recidiven vor. Von anderweitigen Erkrankungen war nur chronische Lymphadenitis am Halse zu constatiren, der Lungenbefund normal. In der Klinik machte sie ein Erysipelas faciei durch. — In diesem Falle nahm augenscheinlich der Lupus seinen Anfang von den Gebilden des Rachenraumes und verbreitete sich von da einerseits auf die Nasenschleimhaut und äussere Nase, andererseits auf die Mundhöhle und die Umgebung des Mundes.

Fall 2. Caroline Gottwald, ländliche Arbeiterin aus der



Grafschaft Glatz, geboren 1861, will von gesunden Eltern stammen und bis zu ihrem 17ten Lebensjahre gesund gewesen sein. In diesem wurde sie von einer schweren Febris intermittens befallen, das drei Wochen lang anhielt und eine schmerzhafte Leberanschwellung zurückliess. Im Sommer des folgenden Jahres, 1879, stellten sich allmählich zunehmende Heiserkeit und Halsschmerzen ein, bald auch Dyspnoë und Abmagerung.

Januar 1880 begab sie sich in die hiesige Klinik, wo folgender Status aufgenommen wurde: Sehr bedeutende Leberanschwellung, glatt, von mässiger Schmerzhaftigkeit, Milztumor. Frische granulirende Ulcera der Uvula und des harten Gaumens mit Perforation des letzteren, Nasenrachenraum geröthet und geschwellt, Epiglottis durch unregelmässige Granulationswucherungen verdickt, aber nicht exulcerirt, desgleichen im Zusammenhange damit die Zungenbasis, Kehlkopfinneres daher nur schwer zu untersuchen, doch deutliche Ulceration am linken Stimmbande und Verdickung der Aryknorpel wahrnehmbar. Endlich Cervical- und Submaxillardrüsen-Schwellung. Das Krankheitsbild wurde, zumal da Patientin im März 1879 durch den Kuss eines unbekannten Mannes inficirt zu sein glaubte, anfangs für ein luetisches gehalten, obwohl ausser einer spontan geheilten Mundaffection nie andere, als die noch vorhandenen Erscheinungen aufgetreten sein sollten. Später aber liess die gänzliche Erfolglosigkeit der Mercurialtherapie, sowie genauere Untersuchung der Larynxaffection die Diagnose Lupus stellen. Im Jahre 1884 lag die Patientin wiederum auf der Klinik. Der Lupus, jetzt als solcher unverkennbar, war inzwischen auf die Nasenschleimhaut, beide Augenlider (jedenfalls durch den Thränennasengang, denn es bestand Dakryocystoblennorrhöe und Conjunctivitis chron.), die Nasenwurzel und die Oberlippe fortgekrochen. Ausserdem wurde jetzt doppelseitige Infiltration der Lungenspitzen constatirt. Mit grosser Bestimmtheit wird hier die Heiserkeit als erstes Symptom der Krankheit angegeben, so dass der Larynx als primärer Sitz des Lupus angenommen werden muss, dessen weiterer Weg sich mit grosser Deutlichkeit verfolgen lässt.

Fall 3. Christiane Kursawe, Ziegelarbeiterstochter aus russisch Polen, geb. 1860. Ihr Vater ist gesund, die Mutter soll an Geschwüren und Hautausschlägen an den Schultern leiden, drei ihrer Geschwister sind gestorben, drei leben und sind gesund. Sie erkrankte

um Ostern 1883 unter Anschwellung der Wange am rechten unteren **Augenlid.** Dasselbe präsentirte sich bei ihrer Anwesenheit in hiesiger Poliklinik, August 1883, als durch flache, typisch lupöse Ulcerationen mit wulstigen Granulationen afficirt. Das obere Lid desselben Auges war in geringerem Grade erkrankt. Im Uebrigen war Patientin bis auf mässige Halsdrüsenschwellung gesund. Sie verliess unbehandelt Breslau und war nicht wieder erreichbar.

Der zweite ähnliche Fall folgt wegen seiner Complication mit Phthisis weiter unten unter Nr. 22.

Unter den sicher auf der Nasenschleimhaut beginnenden Fällen scheint der folgende einer genaueren Schilderung werth:

Fall 4. Juliane Bugel, Bauerntochter, geb. 1868, stammt von angeblich gesunden Eltern. Sie war bis zu ihrem 13. Lebensjahre immer gesund. Damals bemerkte sie Geschwüre auf der Nasenschleimhaut, die sie ohne Erfolg ärztlich behandeln liess. Später gesellten sich dazu Ulcerationen der Haut auf Nasenspitze und Nasenflügeln, nebst Anschwellung der Oberlippe. Im März 1884 traten Schwellung und Geschwürsbildung am rechten unteren Augenlid auf. Im Juni desselben Jahres begab sie sich in poliklinische Behandlung, und wurde folgender Status aufgenommen: Schlecht genährtes anämisches Mädchen von 16 Jahren. Nasenspitze und ein Theil des knorpeligen Septum fehlen; die übrige Nase bis zur Knochengrenze, sowie die Oberlippe sind stark vergrössert, ihr Gewebe wird durch dunkelrothe höckerige Granulationswucherungen ersetzt, die mit Borken besetzt sind und sehr leicht bluten. Gleiche Wucherungen finden sich auf der Nasenschleimhaut. In die sonst anscheinend gesunde Umgebung der Granulationen sind typische, braunrothe, schuppende, weiche Lupusknötchen eingesprengt. Am linken Mundwinkel befindet sich ein kirschgrosser Abscess. Starke Hyperämie der rechten Conjunctiva palpebrarum besonders des Unterlides. Auf letzterem zeigt sich bei der Ektropionirung ein 5 Mm. breiter, aus Granulationen bestehender Wulst vom Canthus ext. bis int. Submaxillar- und Cervicaldrüsen beiderseits geschwollen. Ich untersuchte den Fall auf Tuberkelbacillen und gebe den Befund: In dem unter den Borken der Nase befindlichen schleimigen, wenig Eiterkörperchen enthaltenden Secret der Granulationen wurde nach Durchsuchung vieler nach Ehrlich's Methode angefertigter Trockenpräparate nur ein Tuberkelbacillus gefunden. In den abgeschnittenen Granu-







lationen selbst aber nach Härtung derselben in Alkohol, fanden sich in fast jedem Schnitte, theils einzeln, theils in geringer Zahl (bis 5) zusammenliegend, Tuberkelbacillen. Riesenzellen waren nicht aufzufinden. In den Granulationen der Conjunctiva und dem Eiter des Abscesses am Mundwinkel waren Bacillen nicht zu constatiren. Auch in diesem Falle von Lupus vorax et hypertrophicus, ist deutlich der Infectionsweg von der Nasenschleimhaut einerseits auf die äussere Haut, andererseits durch den Thränenweg, in dessen Verlaufsrichtung die Haut sich geröthet und geschwellt zeigte (Lupus des Thränenganges?), in den rechten Conjunctivalsack. Der Lungenbefund war durchaus normal.

Raudnitz bringt eine Tabelle über das Verhältniss der Primärlocalität zum Alter des Krankheitbeginns, aus der unter anderem sich ergibt, dass die Nase (incl. Schleimhaut), Lippen und Augenlider, die er als eine Gruppe zusammenfasst, bis zum fünften Jahre in keinem, bis zum zehnten in nur 5 Fällen Primärlocalität waren, während auf das zehnte bis zwanzigste Lebensjahr ein starkes Maximum (42 Fälle) kommen. In der folgenden Tabelle sind unsere Fälle nach den Orten des primären Auftretens des Lupus in die Gruppen, die Raudnitz gibt, geordnet, seine Zahlen zum Vergleich in Klammern beigefügt.

Von 121 Fällen begann Lupus an:

| Alter | Nase (incl. Schleimhaut), Lippen, Conjunctiva | Wangen, Ohr, Parotidealgd. Unteraugenlidfalte | Hals | Extremitäten (Rumpf) | Rachen, Kehlkopf |
|---|---|---|---|---|---|
| Bis 5 | 4 ( 0) | 11 (11) | 8 ( 0) | 12 (11) | |
| „ 10 | 5 ( 5) | 9 (12) | 4 ( 5) | 4 ( 9) | |
| „ 15 | 14 (21) | 8 ( 9) | 2 ( 3) | 3 (12) | |
| „ 20 | 6 (21) | 3 ( 7) | 3 ( 4) | 1 ( 1) | 2 |
| „ 25 | 3 ( 8) | 2 ( 6) | 2 ( 1) | 0 ( 7) | |
| „ 30 | 4 ( 6) | 0 ( 1) | 0 ( 0) | 0 ( 1) | |
| „ 35 | 1 ( 6) | 0 ( 2) | 0 ( 2) | 0 ( 2) | |
| „ 40 | 1 ( 2) | 2 ( 1) | 0 ( 0) | 0 ( 5) | |
| „ 45 | 4 ( 2) | 2 ( 0) | 0 ( 0) | 0 ( 0) | |
| „ 50 | 0 ( 2) | 0 ( 2) | 0 ( 0) | 1 ( 0) | |
| „ 55 | 0 ( 0) | 0 ( 2) | 0 ( 0) | 0 ( 0) | |
| „ 60 | 0 ( 1) | 0 ( 1) | 0 ( 0) | 0 ( 1) | |
| Sa.... | 42 (74) | 37 (54) | 19 (15) | 21 (49) | 2 |
| Procent... | 34·7 (38·5) | 30·6 (28·1) | 15·7 (7·8) | 17·4 (25·5) | 1·6 |
| Alter unbek. | 3 | 1 | 1 | 1 | 0 |



Demnach erkrankten die Prager Fälle häufiger primär an Rumpf und Extremitäten, als die Breslauer, seltener dagegen am Halse. Eine Erklärung für diese Differenz vermag ich nicht zu geben.

Was das Verhältniss der Primärlocalität zum Geschlecht anlangt, so stellt es sich unter 127 Fällen folgendermassen dar:

| Geschlecht | Nase (incl. Schleimhaut), Lippen, Conjunctiva | Wangen, Ohr, Parotidealgd. Unteraugenlidfalte | Hals | Extremitäten (Rumpf) | Rachen, Kehlkopf |
|---|---|---|---|---|---|
| M. | 14 | 12 | 12 | 6 | 0 |
| W. | 31 | 26 | 8 | 16 | 2 |
| Sa....... | 45 | 38 | 20 | 22 | 2 |

Und in Procenten (die Zahlen von Raudnitz in Klammern beigefügt):

| Geschlecht | Nase (incl. Schleimhaut), Lippen Conjunctiva | Wangen, Ohr, Parotidealgd, Unteraugenlidfalte | Hals | Extremitäten (Rumpf) |
|---|---|---|---|---|
| M. | 31·1 (25·6) | 31·6 (46·5) | **60·0** | **27·3** |
| W. | **68·9 (74·4)** | **68·4 (53·5)** | 40·0 | **72·7** |

Während also sonst überall das weibliche Geschlecht mehr als das doppelte so stark erscheint als das männliche, prävalirt unter den Individuen, bei denen der Lupus am Halse begann (in welcher Weise dies meist zu geschehen pflegt, soll weiter unten gezeigt werden) das männliche Geschlecht bedeutend.

### Localisationen des Lupus.

Wenn auch für das vorliegende Thema nur nebensächlich, erscheint es doch zur Vervollständigung des klinischen Bildes unserer Krankheit nicht unwichtig, anschliessend an das vorige Capitel, eine tabellarische Zusammenstellung von der Häufigkeit zu geben, mit der Lupus überhaupt, sei es primär oder secundär





an den verschiedenen Theilen der Haut und Schleimhäute auftritt. Im Ganzen kommen dabei 142 Fälle in Betracht (Fälle, in denen die Krankheit mehrere Regionen ergriffen hat, figuriren mehrmals).

**A. Haut 141.**

| | |
|---|---|
| a) Kopf . . . . . . . . . 109 | 4. Regio mediana . . . 4 |
| 1. Wangen . . . . . . . 70 | 5. Nacken . . . . . . . . 3 |
| 2. Nase . . . . . . . . . 67 | 6. Hals ohne nähere Angabe 4 |
| 3. Oberlippe . . . . . . 41 | |
| 4. Unterkiefer . . . . . 15 | c) Rumpf . . . . . . . . . 11 |
| 5. Ohrmuschel . . . . . 12 | 1. Gesäss . . . . . . . . 5 |
| 6. Augenlider . . . . . 8 | 2. Brust . . . . . . . . 4 |
| 7. Unterlippe . . . . . 6 | 3. Rücken . . . . . . . . 2 |
| 8. Stirn . . . . . . . . . 6 | 4. Bauch . . . . . . . . 1 |
| 9. Schläfe . . . . . . . . 5 | 5. Lenden . . . . . . . . 1 |
| 10. Mundwinkel . . . . . 5 | |
| 11. Hinterohrgegend . . . 2 | d) Extremitäten . . . . 43 |
| 12. Glabella . . . . . . 2 | I. Obere Extremität . . . 31 |
| 13. Unteraugenlidfalte . . 1 | 1. Hand . . . . . . . 15 |
| 14. Augenbraue . . . . . 1 | 2. Oberarm . . . . . 13 |
| 15. Gesicht ohne nähere Angabe . . . . . . . . 4 | 3. Vorderarm . . . . 10 |
| | 4. Ellbogen . . . . . 7 |
| | II. Untere Extremität . . 25 |
| b) Hals . . . . . . . . . 42 | 1. Oberschenkel . . . 10 |
| 1. Regio submentalis . . 17 | 2. Unterschenkel . . . 10 |
| 2. „ lateralis . . . 16 | 3. Knie . . . . . . . . 8 |
| 3. „ submaxillaris . 10 | 4. Fuss . . . . . . . . 6 |

**B. Schleimhäute 50.**

| | |
|---|---|
| 1. Nase . . . . . . . . . . 41 | 5. Zahnfleisch . . . . . . 7 |
| 2. Harter Gaumen . . . . 14 | 6. Kehlkopf . . . . . . . 7 |
| 3. Lippen . . . . . . . . 11 | 7. Conjunctiva . . . . . . 7 |
| 4. Weicher Gaumen . . . 8 | 8. Rachen . . . . . . . . . 4 |

Bis auf den einen unter Nr. 3 ausführlich behandelten noch ganz frischen Fall von Conjunctivallupus war Schleimhautlupus stets von Hautlupus begleitet.

Weitaus am häufigsten sehen wir demnach Lupus sich auf den Wangen (im weitesten Sinne) und der Nase und



Oberlippe, überhaupt im Gesicht (excl. Stirn) ausbreiten, demnächst seitlich am Halse und am Unterkinn (weit seltener in der Mitte des Halses und im Nacken), sowie endlich an den Händen, die aber nur um weniges gegenüber den bekleideten Theilen der Extremitäten prävaliren. Sehr selten wird verhältnissmässig die Haut des Rumpfes von Lupus ergriffen.

## Erkrankungen, die dem Ausbruche des Lupus vorangehen.

Die Gesichtspunkte, unter denen das Lupusmaterial in den vorhergehenden Abschnitten behandelt wurde, stehen zur Frage nach der Aetiologie unserer Krankheit nur in lockerer Beziehung. Die grösste Wichtigkeit für die Aufhellung derselben kommt aber der Betrachtung derjenigen Krankheiten zu, die dem Ausbruche des Lupus vorangehen oder ihm nachfolgen, bezeichnen wir sie kurz als Vorerkrankungen und Complicationen.

Bei der Feststellung der Vorerkrankungen, denen wir uns zunächst zuwenden, ist man fast ausschliesslich auf die Anamnese der Patienten angewiesen, der daher die peinlichste Sorgfalt zu schenken ist. Eben der Umstand, dass in den Kliniken die Anamnese der Lupösen früher für nicht sehr wichtig gehalten wurde, trägt die Hauptschuld daran, dass die Ansichten der Dermatologen über die Stellung des Lupus im pathologischen System so lange Zeit unsicher waren und einander widerstritten, während man infolge sorgfältiger Aufnahme des Status das klinische Bild des Lupus bereits sehr gut kannte.

Die Vorerkrankungen habe ich in zwei Kategorien getheilt: solche, die in einem sicheren zeitlichen und örtlichen Zusammenhang zum Ausbruche des Lupus stehen, und solche bei denen dieser doppelte Zusammenhang sich nicht nachweisen liess resp. nicht vorhanden war.

Vorerkrankungen erster Kategorie, die das grössere Interesse zu beanspruchen haben und daher zuerst zu behandeln sind, waren nachweisbar in 45 Fällen, und zwar:



| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. Lymphdrüsenabscesse | . . . . . | 23 | (11 M. 12 W.) |
| a) Glandl. lymph. submaxillares | . | 10 | ( 2 M. 8 W.) |
| b) „ „ cervicales | . . . | 6 | ( 5 M. 1 W.) |
| c) „ „ submentales | . . | 3 | ( 2 M. 1 W.) |
| d) „ „ auriculares ant. | | 3 | ( 2 M. 1 W.) |
| e) „ „ cubitales | . . . | 1 | ( 1. W.) |
| 2. Erysipelas | . . . . . . . . . . | 4 | |
| 3. Dakryocystitis | . . . . . . . . | 3 | |
| 4. Coryza chron. | . . . . . . . . . | 3 | |
| 5. Keratitis | . . . . . . . . . . . | 2 | |
| 6. Caries | . . . . . . . . . . . . | 2 | |
| 7. Eczem | . . . . . . . . . . . . | 2 | |
| 8. Hydrops genu chron. | . . . . . | 1 | |
| 9. Scrophulöser Abscess | . . . . . | 1 | |
| 10. Trauma | . . . . . . . . . . . | 5 | |

Betrachten wir diese Fälle etwas näher:

Bei der Hälfte derselben handelt es sich um spontane oder artificielle Eröffnung eines Lymphdrüsenabscesses, meist am Halse (18), nach welcher binnen kürzerer oder längerer Zeit primäre Lupusknötchen in der Haut der nächsten Umgebung der Fistelöffnungen, die theils verheilt waren, theils noch secernirten, auftraten. Ausdrücklich sei hier bemerkt, dass es sich nicht um die Scrophuloderma (vergl. Neisser l. c.) genannte Affection, sondern um echten Lupus handelte. Das Lebensalter in dem bei diesen Fällen der Lupus begann, ist von 21 Fällen bekannt:

| | | | |
|---|---|---|---|
| Bis 5 . . . . . . | 8 | Bis 20 . . . . . . | 2 |
| „ 10 . . . . . . | 6 | „ 25 . . . . . . | 3 |
| „ 15 . . . . . . | 2 | | |

Zwischen dem Aufbruche resp. der Eröffnung des Abscesses und der Wahrnehmung der Hauterkrankung lag in 13 Fällen weniger als ein Jahr, in 3 weiteren bis 5 Jahre, bei den übrigen waren bestimmte Angaben hierüber nicht vorhanden oder nicht zu erlangen.

In der Reihenfolge der Häufigkeit unter den Vorerkrankungen, indem Trauma noch unberücksichtigt bleibt, folgen, freilich schon weit zurückstehend: Erysipelas mit 4, Dakryocystitis und



chron. **Schnupfen** mit je 3 Fällen. Die drei Affectionen, so verschieden sie erscheinen, gehören doch wohl zusammen und repräsentiren wahrscheinlich insgesammt den **Beginn des Lupus auf der Nasenschleimhaut**, meist nach vorgängigem chronischen Schnupfen, der ja von weitaus den meisten Menschen durchaus übersehen und nicht für eine Krankheit gehalten wird. Bei drei von diesen zehn Fällen wurde dieser Beginn von selbst angegeben. Drei weitere hatten vor Ausbruch des Lupus, der angeblich auf der Haut der Wange oben neben der Nase und im inneren Augenwinkel stattfand, an Thränensackvereiterung gelitten, die nach der Haut zu durchbrach. Wahrscheinlich aber ist diese Dakryocystitis die Folge der Verlegung der inneren Oeffnung des Thränennasenganges durch lupöse Wucherungen, resp. des Hinaufkriechens solcher in den Gang selbst gewesen (vgl. Fall 4), wenigstens fand man bei allen drei Patienten die Nasenschleimhaut bedeutend lupös afficirt. Dies letztere gilt auch von den vier Fällen, bei denen Erysipelas faciei dem Beginne des Lupus vorangegangen sein soll. Bei zweien von ihnen begann nachher der Lupus angeblich auf der Haut der Nase; einer gab selbst die Nasenschleimhaut als primären Sitz an; bei einem vierten soll der Lupus förmlich acut (?) innerhalb 6 Wochen nach Erscheinen des Erysipels mit einem Male fast das gesammte Gesicht afficirt haben, doch sind die Angaben des halb idiotischen Patienten, der bereits seit langer Zeit an chronischen Ulcerationen der Nasenschleimhaut gelitten haben will und sicher an Phthisis incipiens leidet, höchst unzuverlässig. Wir werden nicht fehlgehen, wenn wir annehmen, dass bei allen vier das Erysipel Folge von bereits bestehenden, aber symptomlosen Ulcerationen der Nasenschleimhaut war, entweder bereits lupöser Natur oder chronisch-katarrhalischer.

In beiden Fällen, in denen **Keratitis** als Vorerkrankung angegeben ist, handelt es sich um Mädchen von 10 resp. 16 Jahren, deren scrophulöser Habitus die Vermuthung, dass es sich bei ihnen um die scrophulöse, fasciculäre Form der Hornhauterkrankung handelte, nahelegt; noch vorhandene Maculae sprechen ebenfalls hiefür. Bei beiden Patientinnen begann der Lupus auf der Haut der Wange dicht unter dem erkrankten Auge, bei der einen die Conjunctiva des Unterlides mit ergreifend, bei der anderen die

Nasenschleimhaut. Auch sie gehören zu den Fällen, in denen ich geneigt bin, trotz entgegenstehender Anamnese primären Schleimhautlupus (Conjunctiva resp. Nase), nicht Hautlupus, anzunehmen.

Ebenfalls bei zwei Mädchen finden wir Knochencaries mit Fistelbildung als unmittelbaren Vorläufer des Lupus.

Die Affection begann im zweiten Lebensjahre am rechten Unterarme bei der einen, auf dem rechten Handrücken bei der anderen.

In zwei Fällen scheint Eczem die Rolle einer Eingangspforte für die lupöse Infection gespielt zu haben. Beide Male sind es ländliche Arbeiter. Der eine litt mehrere Jahre hindurch immer im Frühling an Eczem der linken Wange, das stets wieder abheilte, bis im zehnten Lebensjahre dort der spontan nicht heilende Lupus begann. Der andere hatte mit 18 Jahren Eczem auf dem Rücken und beiden Armen und gibt den rechten Ellbogen als primäre Localisation des bald danach auftretenden Lupus an, der secundär Gesicht und Rumpf ergriff. Hereditär wollten beide nicht belastet sein.

Alle bisher behandelten Vorerkrankungen (mit Ausnahme des Erysipels, das wohl mehr eine Complication darstellt) gehören dem grossen Gebiet der sogenannten Scrophulose des Kindes- und Jugendalters an. Dies gilt wahrscheinlich auch noch von der folgenden, nur einmal beobachteten: Es handelt sich um das spontane Aufbrechen eines Abscesses neben dem linken Nasenflügel bei einem siebenjährigen, hereditär mit Tuberculose schwer belasteten Knaben, dem unmittelbar der Lupusausbruch folgte. (Ein anscheinend ähnlicher Abscess wurde in Fall 4 s. o. in der Klinik beobachtet.) Im Jahre 1882 überzog die Affection die Nase, incl. Schleimhaut, Wangen und verschiedene Theile der Extremitäten. Secundäre Halsdrüsenabscedirung lässt das Krankheitsbild als ein echt scrophulöses erscheinen.

Aetiologisch zweifelhaft ist die noch folgende Vorerkrankung, Hydrops chron. genu bei einer im mittleren Alter stehenden Frau besserer Stände. Der Lupus trat im Knie auf und blieb auf dasselbe beschränkt.

Einen hierher gehörigen und bereits rubricirten Fall möchte ich etwas eingehender schildern, da er, frisch wie wenige beobachtet, als Paradigma für viele ähnliche zu dienen geeignet ist.



Fall 5. Martha Weinert, Arbeiterstochter aus Breslau, geboren 1875. Ihre Mutter starb an Phthisis, ihr Bruder leidet an bedeutender Schwellung der Hals- und Nackendrüsen, trägt überhaupt durchaus torpid scrophulösen Habitus. Das Gleiche gilt von der Patientin. In ihrem 8. Lebensjahre, 2 Jahre vor ihrer Vorstellung in der Poliklinik, wurde ein lymphadenitischer Abscess am linken Kieferwinkel mit dem Messer eröffnet und verheilte langsam mit dicker strahliger Narbe. Erst seit einigen Monaten hat die für ihr Alter recht intelligente Patientin Ulcerationen auf der Nasenschleimhaut bemerkt, die einen deutlichen Schleimhautlupus darstellen. Kurz darauf wurde ein Drüsenabscess am Unterkinn mit dem Messer eröffnet, und nun traten seit einigen Wochen die lupösen Hautaffectionen auf. Diese bestehen aus typischen Primärefflorescenzen von braunrother Farbe, die je zu kleinen Gruppen angeordnet sind, einmal an Nasenflügeln und Oberlippe, dicht an der Grenze der erkrankten Schleimhaut, andererseits auf und neben den Narben der beiden Drüsenabscesse, von denen der submentale noch nicht völlig verheilt ist.

Ein ähnlicher mehrfacher Beginn des Lupus nach mehrfachen Vorerkrankungen wird von der folgenden Patientin angegeben.

Fall 6. Katharina Ditze, Dienstmädchen aus Breslau, geboren 1866. Sie stammt von angeblich gesunden Eltern. Der Lupus begann in ihrem 2. Lebensjahre am rechten Unterarm von einem Knochenabscess, und bald darauf am Halse in Folge Aufbruchs eines Drüsenabscesses der Cervicales.

Es erübrigen noch die 5 Fälle, in denen ein Trauma als unmittelbare Veranlassung des Lupus angegeben wird. Dem Beispiele von Raudnitz folgend, seien sie sämmtlich hier angeführt:

Fall 7. Heinrich Grohmann, Müller aus Breslau, geb. 1858, stammt von angeblich gesunden Eltern, und war selbst immer gesund. In seinem 13. Jahre wurde er beim Haarschneiden mit einer Scheere in das linke Ohrläppchen geschnitten. An dieser Stelle bildete sich langsam hypertrophischer Lupus aus, der 1885, seit 14 Jahren, immer noch besteht, ohne sich über das Ohrläppchen hinaus verbreitet zu haben. Lymphdrüsen und Lungenbefund sind völlig normal.

Eigenartig ist hier die gänzlich mangelnde Tendenz der Krankheit zur Weiterverbreitung, welche die von der gewöhnlichen abweichende Entstehungsgeschichte jedenfalls minder unwahrscheinlich erscheinen lässt, als sie es sonst wäre. Ich bin geneigt, in einem solchen Falle wirklich tuberculöse Infection der Wunde anzunehmen, die in den folgenden ungewiss erscheint.

Fall 8. Franz Peschke, Schuhmacher aus Neumarkt (Schlesien), geboren 1855. Er will von gesunden Eltern stammen und selbst immer gesund gewesen sein. Stach sich, 15 Jahre alt, mit einer Schusterahle in die Nasenspitze, und leitet von daher seinen Lupus, der innerhalb 15 Jahren ausser der Nase den harten Gaumen ergriffen hat. Patient leidet an doppelseitiger chron. Submaxillardrüsen-Schwellung, chron. Katarrh der rechten Lungenspitze und Hyperhidrosis.

Fall 9. Josef Piatka, Bäckersohn aus Oesterreichisch Schlesien, geboren 1872. Aus angeblich gesunder Familie stammend, machte er vor Beginn des Lupus nur Malaria durch, war aber sonst gesund. Der Lupus begann in seinem 6. Lebensjahre nach einer Contusion des rechten Fussgelenkes über diesem und breitete sich in den nächsten 6 Jahren nur wenig aus. Sonst ist Patient völlig gesund.

Fall 10. S. S., Kaufmann aus Breslau, geboren 1865, aus gut situirter, gesunder Familie, selbst immer gesund. Er erhielt mit 11 Jahren einen Schlag auf die Parotidealgegend, von der aus der Lupus begann. (An gleicher Stelle begann er in 3 Fällen aus Abscessen der daselbst auf der Parotis liegenden Lymphdrüsen. Vielleicht bestand ein solcher auch hier und wurde durch den Schlag eröffnet?) Gegenwärtig überzieht die Affection beide Wangen und die Nase.

Fall 11. Caroline Seidel, ländliche Arbeiterin aus Oberschlesien, geboren 1827. Sie stammt von sehr langlebigen Eltern (Vater 80 Jahre alt an acuter Krankheit gestorben, Mutter lebt noch). Erst in ihrem 40. Lebensjahre begann der Lupus, angeblich in Folge des Stiches eines fliegenden Insects (?) auf der rechten Wange. Nach 17 Jahren hatte der Lupus die ganze rechte Wange überzogen, theils vernarbt, theils flach ulcerös. Patientin kam seit Februar 1882 von Zeit zu Zeit in poliklinische Behandlung, wurde geheilt, doch traten immer wieder Recidive auf. Die Cervicales sind beiderseits geschwellt. In der linken Lungenspitze lässt sich eine (wahrscheinlich längst vernarbte) Infiltration nachweisen.

Wir wenden uns nunmehr zu der zweiten Kategorie von Vorerkrankungen, die in den Anamnesen der Lupuspatienten angegeben werden, solchen bei denen ein zeitlicher und örtlicher Zusammenhang mit dem Beginn der Lupusaffection nicht sicher constatirbar ist. Ich möchte das Wort „sicher" betonen, denn es erscheint mir gewiss, dass mancher der gleich zu behandelnden Fälle in der vorigen Kategorie hätte aufgeführt werden können, wäre seine Anamnese erst in den letzten Jahren erhoben worden. Zweifelhafte Fälle wurden ebenfalls principiell von der ersten Kategorie ausgeschlossen. Es handelt sich um 25 Individuen, die aber, falls sie mehrere Vorerkrankungen hatten, im folgenden mehrfach angeführt werden; ausserdem wurde es mitgezählt, wenn Patienten mit Vorerkrankungen erster Kategorie noch solche zweiter dazu angaben, doch sind alle diese unter der Zahl 25 nicht mitbegriffen.

A. Scrophulöse Affectionen . . . 17
(excl. der bereits in Kategorie I aufgezählten).

1. Chron. Lymphadenitis . . . . . 10
   a) abscedirende . . . . . . . . 4
   b) nicht abscedirende . . . . . . 6
2. Eczem . . . . . . . . . . . . . 10
3. Augenaffectionen . . . . . . . . 8
4. Knochen- und Gelenkaffectionen . 4
5. Otorrhöe . . . . . . . . . . . 2
6. Chron. Schnupfen . . . . . . . 1

B. Krankheiten anderer Art . . . 6 (excl. etc.)

1. Malaria . . . . . . . . . . . 3
2. Pneumonie . . . . . . . . . . 3
3. Scarlatina . . . . . . . . . . 2
4. Erysipelas . . . . . . . . . . 1
5. Rachitis . . . . . . . . . . . 1
6. Furunculosis . . . . . . . . . 1

Stellen wir rein statistisch alles über Vorerkrankungen eruirte zusammen, so ergeben sich:



| | |
|---|---|
| Anamnese genügend bekannt . . | 103 |
| Vorerkrankungen Kat. I . . . . . . . | 45 |
| „ „ II . . . . . . . | 25 |
| „ geläugnet . . . . . . . | 33 |
| S. S. . | 103 |
| Anamnese nicht genügend bekannt | 41 |
| S. S. . | 144 |

## Complicationen des Lupus.

Die Zahl und Art der Krankheiten, welche nach dem Auftreten des Lupus die mit demselben behafteten Patienten befallen, die Complicationen, sind für die vorliegende Untersuchung von gleicher Wichtigkeit, wie die Vorerkrankungen. Ich habe sie nach der Häufigkeit ihres Vorkommens geordnet, jedoch die Affectionen, die man gemeiniglich dem grossen Gebiete der Tuberculose und Scrophulose zuzählt, von den übrigen getrennt und Fälle, die mehrfache Complicationen aufwiesen, unter mehreren Rubriken angeführt, bei der Summirung sie natürlich nur einmal zählend.

A. Tuberculöse resp. scrophulöse Affectionen 82.

| | |
|---|---|
| 1. Chron. Lymphadenitis . . . . . . . | 61 |
| α) abscedirende . . . . . . . . . . | 7 [1]) |
| β) nicht abscedirende . . . . . . . | 54 |
| a) Universell . . . . . . . . . . | 3 |
| b) Gldl. cervicales . . . . . . . | 32 |
| c) „ submaxillares . . . . . | 30 |
| d) „ inguinales . . . . . . . | 7 |
| e) „ axillares . . . . . . . . | 5 |
| f) „ submentales . . . . . . | 4 |
| g) „ auriculares ant. . . . . | 3 |
| h) „ supraclaviculares . . . . | 3 |
| i) „ cubitales . . . . . . . . | 2 |
| k) „ nuchales . . . . . . . . | 1 |
| l) „ occipitales . . . . . . . | 1 |
| m) „ submammales . . . . . | 1 |

[1]) Diese 7 Fälle sind mit den 23 unter den Vorerkrankungen aufgeführten nicht identisch.



| | | |
|---|---|---|
| 2. Phthisis pulmonum | . . . . . . . . | 28 |
| α) sicher | . . . . . . . . . . . . | 18 (dav. 8 letal) |
| β) sehr wahrscheinlich | . . . . . . | 10 |
| 3. Augenkrankheiten | . . . . . . . . . . | 28 |
| a) Keratitis | . . . . . . . . . . | 14 |
| b) Conjunctivitis | . . . . . . . . . | 10 |
| c) Affection der Thränenwege | . . | 9 |
| 4. Knochen- und Gelenkaffection | . . . | 10 |
| 5. Eczem | . . . . . . . . . . . . . | 3 |
| 6. Otorrhöe | . . . . . . . . . . . . . | 2 |
| 7. Ulcera tuberculosa ilei | . . . . . . | 1 |
| 8. Pleuritis suppurativa | . . . . . . . | 1 |
| 9. Ulcera tuberculosa laryngis | . . . . | 1 |
| 10. Gumma scrophulosum | . . . . . . . | 1 |
| 11. Lichen „ | . . . . . . . | 1 |
| 12. Coryza chron. | . . . . . . . . . . . | 1 |

B. Krankheiten anderer Art 25 [1]).

| | | |
|---|---|---|
| 1. Chlorosis | . . . . . . . . . . . . | 11 |
| 2. Erysipelas | . . . . . . . . . . . | 4 (eigtl. 8 s. o.) |
| 3. Laryngitis catarrh. | . . . . . . . . | 2 |

Nur einmal waren vertreten: Aneurysma carotidis, Atheroma pedis, Dysenterie, Hypertrophia tonsillarum, Nephritis chron., Peritonitis serosa, Pleuritis sicca, Pneumonie, Stomatitis diffusa, Struma, Ulcus chron. cruris.

Die statistische Zusammenstellung über die Complicationen des Lupus ergibt demnach:

| | | | |
|---|---|---|---|
| Complicationen sub A . . | 82 | = 71·9 | p. c. |
| Nur „ „ B . . | 5 [1]) | = 4·4 | „ |
| Frei von Complicationen . . . | 27 | = 23·7 | „ |
| S. S. . | 114 | | |
| Unbekannt, ob Compl. vorhanden | 30 | | |
| S. S. . | 144 | | |

Eine genauere Besprechung verdienen zunächst die Lymphdrüsenaffectionen. Dass die 7 Abscedirungen scrophulöser Natur waren, war sicher und braucht wohl nicht erörtert zu werden.

[1]) Doch sind 20 davon bereits unter A. enthalten; demgemäss nur mit Complicationen B.: 5.



Aber in 54 Fällen ist nur chronische Schwellung der Drüsen verzeichnet. Beiläufig bemerkt, müsste diese Zahl weit grösser, vielleicht doppelt so gross sein, wenigstens zeigte sich, seit man auf hiesiger Klinik bei jedem Lupösen den Drüsenbefund constatirt und notirt was doch erst in den letzten Jahren geschieht, dass diese Affection nicht bei einem Drittel, sondern wohl bei mehr als zwei Dritteln aller Lupuspatienten sich findet. Gewiss sind auch diese meist ziemlich indolenten Schwellungen zum allergrössten Theil für Verkäsungen anzusehen und, da sie allesammt durchaus chronischer Natur waren, als scrophulös zu bezeichnen. Was diese „scrophulöse Lymphadenitis“ zu bedeuten hat, soll im Schlusscapitel erörtert werden.

In zweien dieser Fälle wurden solche nicht abscedirende Drüsen exstirpirt und beide Male als tuberculös befunden; es sind die folgenden:

Fall 12. Stanislawa Uvierzynska, Bäuerin aus Oberschlesien, geb. 1839, angeblich von gesunden Eltern stammend. Der Lupus begann ohne Vorerkrankung in ihrem 25. Lebensjahre auf der rechten Wange und breitete sich im Verlaufe von 19 Jahren über Nase, Oberlippe, beide Wangen, Kinn, linkes Ohr, Glabella, am Halse lateral und unter dem Kinn, sowie auf den Schleimhäuten von Nase, Lippen, Zahnfleisch, Epiglottis und hinterer Larynxwand aus. Ausserdem wurde bei ihrer Aufnahme in die Klinik, Mai 1884, doppelseitiger Lungenspitzenkatarrh, Anämie und bedeutende Schwellung der Lymphdrüsen unter der linken Mamma und linken Achselhöhle, geringere der Submaxillares und Cervicales constatirt. Die Lymphadenitis sollte erst seit 2 Jahren bestehen und machte theilweise bedeutende Beschwerden. Daher wurden die Drüsenpackete der Mamma und Achselhöhle in hiesiger chirurgischer Klinik exstirpirt. Die Operationswunde heilte per primam. Die Drüsen zeigten sich makroskopisch wie mikroskopisch allesammt verkäst und von miliaren Tuberkeln durchsetzt.

Fall 13. Clara Salbenblatt, Müllerstochter aus Oberschlesien, geboren 1875. Sie stammt von gesunden Eltern und litt als Kind viel an recidivirenden Kopfeczemen. Mit 8 Jahren trat ohne Veranlassung Lupus am Knöchel des rechten Zeigefingers auf und verbreitete sich über den Handrücken. Nach etwa halbjährigem Bestande der Krankheit suchte sie Januar 1884 die hiesige Poliklinik auf. Sie wurde

nach kurzer Behandlung geheilt entlassen, von Complicationen nur chron. Schnupfen constatirt. Im Juli desselben Jahres erschien sie wieder. Der Lupus war völlig vernarbt, doch hatte sie grosse Packete geschwollener Drüsen besonders in der rechten Achselhöhle, doch auch Supraclaviculares, Nuchales, Submaxillares und Inguinales. Ausserdem litt sie an Infiltrationserscheinungen der rechten Lungenspitze und Nachtschweissen. Die sehr belästigenden Axillardrüsen wurden in der chirurgischen Klinik exstirpirt und zeigten ebenfalls Verkäsung und Tuberculose.

Noch wichtiger als seine Complication mit Drüsenaffectionen ist für die Erkenntniss der Bedeutung des Lupus das Auftreten von Lungentuberculose bei Lupösen. Da es so sehr schwierig ist, dieses Leiden in seinen Anfangsstadien sicher zu constatiren, so habe ich die Fälle, bei denen dies nicht geschehen konnte, die mir aber trotzdem sehr verdächtig erschienen, von den ganz sicher diagnosticirten gesondert. Die Untersuchung der Lungen wurde stets mehrfach und von verschiedenen Personen ausgeführt, um Täuschungen möglichst auszuschliessen. Zu bemerken ist aber, dass diese Untersuchung erst seit dem Herbst 1883 principiell bei jedem Lupösen durchgeführt wurde, und dass daher, wie schon einige der gleich anzuführenden Fälle beweisen, vorher manche unschwer zu diagnosticirende Phthisis nicht notirt wurde. Von den 9 Lupuspatienten, deren Tod ich in Erfahrung bringen konnte, starben 8 an Lungentuberculose, und der neunte Fall litt an Tuberculose mehrerer anderer Organe. Diese Fälle verdienen genauer geschildert zu werden.

Fall 14. Ernestine Duckich, Frau eines Dorfknechtes aus Mittelschlesien, geboren 1855. Ueber hereditäre Verhältnisse wurde nichts aufgenommen. Sie will erst in ihrem 22. Lebensjahre(?) ohne besondere Veranlassung primär auf der Haut(?) der Nase lupös erkrankt sein. Ein halbes Jahr später, als sie April 1878 in poliklinische Behandlung kam, hatte der Lupus die Nase incl. Schleimhaut, Oberlippe und beide Wangen überzogen. Als Vorerkrankung findet sich aus ihrer Kindheit Lymphadenitis und Keratitis notirt, kein Lungenbefund. Sie verliess geheilt Breslau. Eingezogene Erkundigungen ergaben, dass sie im Februar 1884 an Phthisis pulmonum und Caries starb (laut Angabe ihres Arztes).



Fall 15. Paul Feuerstein, Cigarrenmacherlehrling aus Breslau, geboren 1864, kam Mai 1880 in klinische Behandlung. Von Heredität, Vorerkrankungen und Complicationen wird nichts berichtet. Er litt an einer seit seinem 8. Lebensjahre bestehenden lupösen Erkrankung des linken Daumenballen. Geheilt entlassen, starb er laut amtlichem Todtenschein April 1884 an Lungenschwindsucht.

Fall 16. Robert Fuhrmann, Bureaubote aus Breslau, geboren 1838. Sein Vater starb an Blutsturz, Mutter und Geschwister sind gesund. Der Lupus trat im 3. Lebensjahre am linken Ellbogen auf und überzog langsam wachsend Vorderarm und Handrücken. Ein kleinerer Lupusherd besteht seit seinem 13. Jahre in der linken Kniekehle. Das Ellbogengelenk ist ankylotisch. Im März und April 1878 machte er zu Haus eine eitrige Pleuritis durch, und wurde mehrmals pungirt. Im Juni desselben Jahres war er des Lupus halber in Behandlung hiesiger Klinik. Seine linke Lungenspitze war bedeutend infiltrirt, vier Thoraxfisteln entleerten massenhaften Eiter, Patient war hochgradig kachektisch. Auf Wunsch wurde er ungeheilt entlassen; bald darauf trat der letale Exitus ein.

Fall 17. Martha Gottwald, Fabrikarbeiterstochter aus Mittelschlesien, geboren 1870. Heredität, Vorerkrankungen, primärer Sitz des Lupus wurden nicht notirt. Sie wies im Jahre 1879, als sie in klinische Behandlung kam, theils Narben, theils frische lupöse Affectionen am Halse, der linken oberen und beiden unteren Extremitäten auf, ausserdem linksseitige Keratitis fascicularis. Geheilt entlassen, starb sie Ende desselben Jahres nach Angabe der Gemeindebehörde an „Auszehrung“ (populäre Bezeichnung der Phthisis).

Fall 18. Valeska Roland, Schneiderin aus Breslau, geboren 1856. Ihre Eltern sind gesund, ein Bruder starb an Lungenschwindsucht. Seit ihrem 15. Lebensjahre litt sie, ohne vorher krank gewesen zu sein, an ulcerösem Lupus der Haut und Schleimhaut der Nase, der grosse Defecte veranlasste. Sie wurde im Juni 1883 poliklinisch behandelt, Complicationen nicht notirt, und starb am letzten Tage dieses Jahres nach Aussage ihrer Eltern an Lungenschwindsucht.

Fall 19. Marie Schöps, Dienstmädchen aus Breslau, geboren 1864. Ihr Vater starb an einer Lungenkrankheit, ein Bruder ist halsleidend. Vorher stets gesund, erkrankte sie in ihrem 14. Lebensjahre an der rechten Wange an Lupus, der nach einem halben Jahre



bereits die Nase, linke Gesichtshälfte und Unterkinn überzogen hatte. Später trat die Affection auch auf beiden Oberarmen und Unterschenkeln auf. Im Juni und Juli 1880 lag sie auf hiesiger Klinik, wo ausser dem Hautlupus noch lupöse Erkrankungen des Zahnfleisches, harten und weichen Gaumens beobachtet wurden. Die Nasenspitze war bereits völlig zerstört. Nur partiell geheilt, wurde sie auf Wunsch entlassen. Bereits Ende October desselben Jahres kam sie wieder, und nun wurden die lupösen Partien durch Pyrogallussalbe, Auslöffelung und Aetzung zur Vernarbung gebracht, so dass Patientin Ende December geheilt entlassen werden konnte. Mitte Juli 1884 suchte sie, da die Heilung nicht von langer Dauer gewesen war, wiederum die Klinik auf. Man fand den Lupus fast überall florid und im Fortschreiten begriffen, besonders waren grosse Flächen aller vier Extremitäten mit serpiginösem Lupus überzogen, grosse und kleine Ulcera am harten Gaumen und dicke Wülste mit blassrothen, hanfkorngrossen Knötchen an der Epiglottis und den ary-epiglottischen Falten. Die Lymphdrüsen am Halse und den Weichen waren stark angeschwollen. Untersuchung des flachen Thorax ergab doppelseitige Lungenspitzeninfiltration. Patientin litt an Husten und Nachtschweissen, hektischem Fieber und Verdauungsstörungen und collabirte trotz roborirender Behandlung immer mehr, bis unter profusen Diarrhöen am 22. August der Exitus erfolgte, im Alter von 18 Jahren.

Die folgenden Tages vorgenommene Section ergab im wesentlichen beiderseitige tuberculöse Lungenphthisis, chronische parenchymatöse Nephritis mit beginnender Amyloiddegeneration, diphtherische Dysenterie und allgemeine Atrophie.

Fall 20. Rudolf Schaffer, Viehhändlerssohn aus Strehlen (Mittelschlesien), geb. 1869. Ueber Heredität und Vorerkrankungen wurde nichts notirt. Der Lupus begann im 11. Lebensjahre auf der linken Wange und ergriff auch das linke Ohr. Nach ca. zweijährigem Bestande der Krankheit besuchte Patient März 1882 die Poliklinik, wo als Complication nur linksseitige phlyctänulöse Conjunctivitis constatirt wurde, sonstige Untersuchung des Patienten unterblieb. Er starb ein Jahr später an Lungenschwindsucht, 14 Jahre alt.

Fall 21. Marie Jaschke, Arbeiterskind aus Oberschlesien, geboren 1874. Ihre Eltern sind angeblich gesund, eines ihrer Geschwister soll an Lungenschwindsucht gestorben sein. Vorher stets





gesund, erkrankte sie in ihrem 9. Lebensjahre an einem kleinen Geschwür am freien Rande des linken unteren Augenlides, das sich langsam ausbreitete. Zugleich begann sie zu husten und abzumagern. Ein halbes Jahr später, Januar 1883, wurde sie auf hiesiger Klinik aufgenommen. Das $^3/_4$ Cm. lange, $^1/_2$ Cm. breite Ulcus der Conjunctiva des Unterlides erwies sich durch mehrere randständige braunrothe Knötchen als lupös. Sonst war von Lupus nichts vorhanden, das linke Auge selbst bis auf mässigen Conjunctivalkatarrh gesund. Die linken Submaxillardrüsen waren mässig geschwollen; beide Lungenspitzen wiesen bedeutende Infiltrationserscheinungen auf; der Kräftezustand war schwach. Nach Auslöffelung und Aetzung vernarbte das Geschwür unter Jodoformbehandlung, und Patientin wurde im Mai geheilt entlassen. Im Februar 1884 starb sie in ihrer Heimath an Lungenphthisis.

Der einzige letal endende Fall, in dem die Lunge vielleicht frei von Tuberculose war, ist der folgende:

Fall 22. Emma Kretschmer, Schmiedstochter aus Breslau, geboren 1873. Ihre Eltern sollen gesund sein. Sie erkrankte ohne Veranlassung schon im 1. Lebensjahre an Lupus der linken Wange, und wurde ohne Erfolg mehrfach ärztlich behandelt. Im August 1883 wurde sie in hiesiger Klinik aufgenommen und ergab folgenden Befund: Alte Lupusherde über die ganze linke Gesichtshälfte, median abschneidend, und nur die Stirn freilassend. Rechte Ohrmuschel hypertrophisch und exulcerirt. Ferner viele peripher frische, central vernarbte Lupusherde im Nacken, auf dem rechten Ober-, Unterarm und der Hand; Narben am linken Handgelenke; eine grosse flache Lupuspartie auf dem rechten Oberschenkel und Knie bis hinauf über die Glutäalregion. Die Schleimhäute waren blass, aber gesund. Es würde zu weit führen, die gesammte Krankheitsgeschichte der Patientin, die zwei Jahre im Hospital lag, zu erzählen. Es genügt zu sagen, dass therapeutische Einwirkungen jeder Art wohl an einzelnen Stellen zeitweise von Erfolg begleitet waren, das Uebel aber trotzdem, bald hier bald da, rastlos an der Peripherie fortschritt, ohne dass tiefere Ulcerationen aufgetreten wären; ein typischer Fall von serpiginösem Lupus. Schwere fungöse Entzündungen des linken Ellbogengelenkes (positiver Bacillenbefund) machten nach erfolglosen Auskratzungen Amputation des linken Armes und besonders bösartig gewordener Lupus Exarticulation des Daumens und fünften Fingers der rechten

Hand nothwendig. Auch im rechten Fussgelenk trat fungöse Arthritis auf, über der sich Lupus entwickelte. Patientin starb unter allgemeiner Erschöpfung an einer fast symptomlosen Pneumonie, nachdem sie bereits jahrelang an chronischen Katarrhen der Luftwege gelitten hatte, im October 1885, 12 Jahre alt.

Die Section ergab hauptsächlich: doppelseitige fibrinöse Pneumonie subacuter Art, adhäsive Pleuritis links, chronische Bronchitis, Laryngitis und Pharyngitis, allgemeine Amyloiddegeneration, chronische parenchymatöse Nephritis und tuberculöse Ulcerationen am Kehlkopf, Hinterwand des Rachens und Ileum. Die Lungenaffection schien nicht tuberculöser Natur zu sein.

### Heredität.

In früherer Zeit wurde Lupus vielfach mit hereditärer Lues besonders der sogenannten tardiven Form in Beziehung gebracht. Seitdem aber die klinische Diagnostik beider Krankheiten zu grösserer Sicherheit gelangt ist, und Bezeichnungen wie „Lupus syphiliticus“ aufgehört haben, die Anschauung der Aerzte zu verwirren, sind wohl alle Dermatologen darüber einig, dass Lupus mit Lues absolut nichts zu thun hat. [1])

Dagegen ist man gerade in neuerer Zeit auf die hereditären Beziehungen zwischen der Tuberculose, speciell der Lungenschwindsucht, und dem Lupus aufmerksam geworden. Bei der ungemein grossen Schwierigkeit, durch Befragung der Patienten diese Verhältnisse klarzustellen, kann leider den Zahlen nicht jener Werth beigemessen werden, den sie sonst verdienten. Raudnitz (l. c.) fand in 21 Fällen sichere, in 9 wahrscheinlich tuberculöse hereditäre Belastung vor, gibt aber nicht an, ob wirklich bei allen seinen 209 Fällen eine sorgfältige Anamnese in dieser Hinsicht aufgenommen wurde. Dies angenommen, wären nur 10 p. c. seiner Lupösen sicher belastet, eine Zahl aus der bei der grossen Häufigkeit der Lungentuberculose schlechterdings nichts zu folgen ist. Demme [2]) fand unter 51 Lupuspatienten

[1]) Bei dem einzigen unserer Fälle (Nr. 2), in dessen Anamnese das Wort Lues vorkommt, ist eine Infection mehr als zweifelhaft.

[2]) Demme. XX. medicin. Bericht über die Thätigkeit des Jenner'schen Kinderspitals in Bern im Jahre 1882. Bern 1883.





kindlichen Alters 37·2 p. c. hereditär belastet, also bedeutend mehr.

Meine Statistik ergibt unter 106 Fällen mit leidlich guter Anamnese folgendes:

| | | | |
|---|---|---|---|
| Sichere tuberculöse Belastung | 27 | = | 25·5 p. c. |
| Wahrscheinliche „ „ | 8 | = | 7·5 „ |
| Frei davon . . . . . . . . . . . | 71 | = | 67·0 „ |

Auch diese Zahlen, mit denen von Demme nahezu übereinstimmend, sind wenig beweisend. Immerhin wird man die sichere hereditär tuberculöse Belastung von einem Viertel der Lupuskranken nicht für ganz zufällig halten können.

Sehr selten ist sicherlich das Vorkommen mehrerer Lupusfälle in einer Familie. Raudnitz fand dreimal Geschwister lupös, je einmal die Tante und Cousine (!), Pontoppidan je einmal Mutter, Onkel und Tante. Ich fand einmal zwei Brüder, einmal Mutter und Tochter lupös erkrankt. Die Fälle sind folgende:

Fall 23. Ernst Schirschwitz, 9 Jahre alt, leidet an Lupus der Nase seit seinem 1. Lebensjahre.

Fall 24. Wilhelm Schirschwitz, Bruder des vorigen, 6 Jahr alt. Der Lupus begann im Gesicht, später auch auf der linken Hand. Patient leidet an chron. Ostitis und Arthritis fungosa mit Abscessbildungen an beiden Beinen.

Näheres über diese beiden Brüder wurde nicht bekannt. Mehr aber bei den folgenden Fällen:

Fall 25. Agnes Peter, Schneiderin aus Breslau, geboren 1843. Sie ist hereditär nicht belastet. Ihr Lupus begann ohne Vorerkrankung in ihrem 4. Lebensjahre am linken Unterschenkel, ergriff im 14. beide Wangen, und erst im 38. die Nase. 1882 und 1884 war sie in poliklinischer Behandlung, wo von Complicationen vielfache Lymphadenitis, Necrose der linken Tibia und Keratitis constatirt wurden; die Lungen erwiesen sich frei.

Die Tochter der Patientin

Fall 26. Pauline Peter wurde 1865 geboren. In ihrem 4. Lebensjahre abscedirten ihre Cubitaldrüsen linkerseits. von welcher



Stelle aus ein ulceröser Lupus begann, der allmählich sich auf Ober- und Unterarm ausbreitete. Am rechten Unterarme hatte sie, als sie October 1884 die Klinik aufsuchte, ein kraterförmiges Ulcus, das bis auf den necrotischen Radius reichte. Die Ulcerationen wurden ausgekratzt, die necrotische Knochenpartie abgemeisselt, und Patientin sehr gebessert im December entlassen. Auch ihre Lungen waren gesund.

**Lupusfälle, die im späteren Lebensalter begannen, und solche, die auf Rumpf und Extremitäten beschränkt blieben.**

Anhangsweise scheint es nicht überflüssig, wegen der Seltenheit, mit der Lupus noch jenseits des 25ten Lebensjahres beginnt, die 16 Fälle (12 p. c.), in denen dies constatirt wurde, gesondert zu betrachten.

Schon im Geschlecht der Patienten tritt ein grosser Unterschied gegen die in der Kindheit und Jugend beginnende Fälle auf, da wir auf 15 Weiber nur einen Mann finden, während bei dem vor dem 25ten Jahre ausbrechenden Lupus auf einen Mann nur 1·8 Weiber kommen. Ferner bildet die Nase inclusive ihrer Schleimhaut in 10 Fällen gleich 69 p.c. der spät beginnenden gegen 29 gleich 23 p.c. der früh beginnenden Fälle den primären Sitz des Leidens. Was Vorerkrankungen und Complicationen anlangt, ist kein gröberer Unterschied zu finden. Im allgemeinen scheinen diese Fälle weniger bösartig zu verlaufen und den Gesammtorganismus minder anzugreifen als die jung beginnenden, wenigstens wurden schwere Krankheiten und letaler Exitus bei keinem dieser Fälle festgestellt.

Von den 22 Fällen (6 M. 16 W.) in denen Lupus an den Extremitäten begann, beschränkte er sich in 14 gut beobachteten Fällen auf diese und den Rumpf, ohne seine Lieblingslocalitäten, Kopf und Hals, zu afficiren. Dieses auffallende Verhalten lässt eine gesonderte Betrachtung gerechtfertigt erscheinen. Es sind 6 Männer und 8 Weiber, also ein weit grösserer Procentsatz als sonst an Männern. Meist beginnt die Krankheit in frühester Jugend: in 8 Fällen im ersten, 3 im zweiten, 2 im dritten Quinquennium, nur ein spät beginnender und zwar der älteste aller Fälle (s. o.) gehört ebenfalls hierher. Tuberculöse Vorerkrankungen sind zweimal zu constatiren. Diese beiden Fälle eingeschlossen fanden sich 7 d. h. die Hälfte



tuberculös, davon 4 mit Lungentuberculose behaftet, die zweimal letal endete. Die Prognose dieser Fälle ist demnach keineswegs besser als die des Gesichts- und Halslupus.

### Verhältniss des Lupus zur Scrophulose und Tuberculose.

Wenn Lupus eine tuberculöse Erkrankung ist, so müssen wir erwarten, bei Lupösen häufig tuberculöse Erkrankungen auch anderer Organe anzutreffen. Dieser Satz wird gleichmässig von Anhängern wie Gegnern der tuberculösen Aetiologie jener Krankheit anerkannt. Die letzteren, dazu gehören die älteren Beobachter, von den neueren hauptsächlich Kaposi, fügen hinzu, eine solche Complication sei selten und daher als zufällig zu betrachten. Neuere Untersucher haben sie dagegen so häufig gefunden, dass irgend ein Zusammenhang daraus gefolgert werden muss.

Besonders sind es die Franzosen, welche die Häufigkeit der visceralen Tuberculose bei Lupösen betonen.

Quinaud [1]) erklärt Lungenphthisis für eine häufige Complication des Lupus und unterscheidet drei Formen derselben, die mit Vorliebe den Lupus begleiten.

Besnier [2]) citirt als bedeutende Autorität den Primararzt des Hospitals St. Louis zu Paris Lailler, der auf Grund grosser Erfahrung die Aeusserung that: „Lupöse scheinen sich besonders leicht Lungentuberculose zuzuziehen, sie ist bei ihnen eine häufige Todesursache, manchmal in acuter, meist in torpider und langdauernder Form.“ Er selbst behandelte innerhalb zweier Monate 38 Lupuspatienten und fand darunter 8 Phthisiker, also 21 p. c. Er behauptet nicht, dass alle Lupösen phthisisch würden, oder Aussicht darauf hätten, selbst das Verhältniss, in dem die Infection statt habe, sei unbekannt, nimmt aber an, dass allen diese Gefahr drohe. Er sagt ferner, dass stets der Lupus das primäre Uebel sei, dass immer die locale Affection der Haut der allgemeinen vorangehe, ein an visceraler Tuberculose Leidender so wenig Lupus acquirire, als ein constitutionell

[1]) E. Quinaud. De la scrofule dans les rapports avec la phthisie pulmonaire. Thèse, Paris 1883.

[2]) Ernest Besnier. Le lupus et son traitement, Annales de dermatologie et de syphiligraphie. 1883.



Syphilitischer einen Primäraffect. Dieser letzteren Behauptung allerdings kann ich durchaus nicht beipflichten, denn sie steht mit meinen eigenen Beobachtungen im grellsten Widerspruche, wie aus den Betrachtungen über die Vorerkrankungen Lupöser ersichtlich war.

Von deutschen Autoren gibt besonders Demme[1]) höchst bemerkenswerthe statistische Angaben. Er betont, dass bezüglich der ersten für die Untersuchung wahrnehmbaren Erscheinungen der tuberculösen Affectionen, die visceralen gegenüber den peripheren, denen der Lupus zuzurechnen ist, auffallend zurücktreten. Er beobachtet nämlich während 20 Jahre (!) in seinem Kinderhospitale folgende Initiallocalisationen der Tuberculose:

A. Periphere Initiallocalisationen.

| | |
|---|---|
| 1. Knochen und Gelenke . . . . . | 823 |
| 2. Lymphdrüsen . . . . . . . . . | 692 |
| 3. Haut und Schleimhäute (Lupus) | 51 |
| S. S. . | 1566 |

B. Viscerale Initiallocalisationen.

| | |
|---|---|
| 1. Lungen . . . . . . . . . . . . | 205 |
| 2. Darm . . . . . . . . . . . . . | 68 |
| 3. Pia mater . . . . . . . . . . . | 58 |
| 4. Solitäre Hirntuberkel . . . . . | 16 |
| 5. Geschlechtsorgan (Nebenhoden) . | 10 |
| 6. Nieren . . . . . . . . . . . . | 9 |
| S. S. . | 366 |

Von den 823 an primärer Knochen- und Gelenktuberculose leidenden secundär von visceraler Tuberculose überhaupt (Demme zählt die einzelnen Affectionen auf) befallen 163 = 20 p. c., von 692 Patienten, die an primärer Lymphadenitis litten, 202 = 30 p. c., von den 50 Lupösen endlich erkrankten an

| | | |
|---|---|---|
| secundärer | Lungentuberculose | 9 |
| „ | Darm „ | 4 |
| „ | Pia mater „ | 9 |
| | S. S. . | 22 = 40 p. c. |

[1]) Demme l. c.

Wenn also überhaupt Individuen, die in ihrer Kindheit sogenannte scrophulöse, d. h. peripher tuberculöse Affectionen durchmachten, der Gefahr unterliegen, secundäre viscerale Tuberculose zu acquiriren, so haben nach Demme's Statistik die Lupösen sie am meisten zu fürchten. Ich glaube aber, dass gerade der Leiter eines Kinderhospitals, wenn er, wie Demme es gethan hat sich der eben so dankeswerthen wie schwierigen Aufgabe unterzieht, über die späteren Schicksale seiner Patienten Aufschluss zu erhalten, weit mehr in der Lage ist die uns beschäftigende Frage zu lösen, als ein Arzt, der für die wichtigsten Dinge meist auf die unzuverlässige Anamnese der erwachsenen Patienten angewiesen ist. Wenn die Beobachtung einer Krankheit ab ovo der beste Weg zur Erforschung der Pathogenesis ist, so muss der Pädiatriker am meisten befähigt sein, ätiologische Studien zu machen.

Raudnitz (l. c.) gibt an, dass er unter seinen Lupösen Complicationen mit Katarrhen der Respirationswege, des Auges und Ohres, sowie Drüsenaffectionen vor und nach Auftreten des Lupus gefunden habe bei 63 Fällen, frei davon waren 81, unbeobachtet 62 Fälle. Diese Zahlen, sagt er, sprechen gegen eine constante Beziehung des Lupus zur Scrophulose, doch könnten 30 p. c. Scrophulöser nicht als Zufälligkeit angesehen werden. Die Combination mit Phthisis bezeichnet er als ganz vereinzelt. Er resumirt dahin, dass die scrophulösen Affectionen nur den äusseren Anlass zur Entstehung des Lupus geben, wie dies auch von Traumen gelte und nimmt eine locale, dem Lupus specifische Disposition, deren Natur hypothetisch bleibe, als eigentliche Ursache der Krankheit an. (Wenn aber s. o. Scrophulose erst nach dem Lupus auftritt?) Ich komme auf diese Ansicht noch zurück.

Pontoppidan (l. c.) fand unter seinen 100 Fällen 59, und wenn er die Drüsenschwellungen zuzählte, 85 Scrophulöse. Er glaubt aber trotzdem, dass Lupus eine Krankheit sui generis sei, da er in vielen Fällen bei sonst gesunden Individuen auftrete, nimmt also neben dem scrophulösen Lupus, den er anerkennt, noch einen idiopathischen an, von dem er die Hypothese aufstellt, dass klimatische Einwirkungen (?) auf seine Entstehung von Einfluss wären.



Ehe ich nunmehr meine Resultate, die sich unter den Rubriken Vorerkrankungen und Complicationen vertheilt bereits vorfinden, noch einmal im Zusammenhange angebe, und verwerthe, ist es nothwendig, festzustellen, was wir unter Scrophulose zu verstehen haben. Nach dem heutigen Standpunkte der Pathologie sind wir berechtigt, das ganze Gebiet der Scrophulose der Tuberculose beizurechnen, ganz besonders das typische Symptom dieser Krankheit, die chronischen Lymhdrüsenschwellungen, die bei Lupösen als Vorerkrankung wie Complication beiweitem die Hauptrolle spielen.

Man hat früher tuberculöse und scrophulöse Lymphadenitis zu unterscheiden versucht und bezeichnete als tuberculöse dabei z. B. die verkästen Bronchialdrüsen bei Lungentuberculose, oder Mesenterialdrüsen bei Darmtuberculose, als scrophulöse dagegen insbesondere die verkäsenden Hals- und andere periphere Drüsen der Kinder und jungen Leute bei chronisch recidivirenden Katarrhen der Respirations-, Ohren- und Augenschleimhäute. Doch alle mit grossem Scharfsinn und unendlicher Mühe angestellten histologischen Untersuchungen französischer wie deutscher Forscher über die Unterschiede zwischen tuberculöser und scrophulöser Lymphadenitis führten zu nur recht kleinlichen, überdies immer wieder bestrittenen Unterscheidungsmerkmalen, die sich wesentlich um die Definition des „echten“ verkäsenden Tuberkels drehten, welche manche Pathologen nur den tuberculösen, nicht aber den scrophulösen, mehr diffus verkäsenden Drüsen zuschreiben wollten. Diese feine und künstliche Systematik wurde bereits durch Villemin's und seiner zahlreichen Nachfolger Impfversuche mit verkästen Massen erschüttert, definitiv aber durch Koch's Entdeckung des Tuberkelbacillus beseitigt. Weder die gleiche Infectiosität noch der Bacillenbefund, der bei den „scrophulösen“ Drüsen allerdings spärlicher ist, lassen eine andere als höchstens quantitative Differenz zwischen der scrophulösen und tuberculösen Lymphadenitis gerechtfertigt erscheinen. Erstere ist nichts als eine torpidere Abart der tuberculösen Lymphadenitis.

Für die Diagnose der peripheren tuberculösen Lymphadenitis, wie man scrophulöse Drüsenschwellung bezeichnen muss, insofern sie nicht abscedirt, ist das hauptsächlichste Kennzeichen ihre



Dauerhaftigkeit. Wenn eine Haut- oder Schleimhautaffection, z. B. eine katarrhalische Angina, Lymphadenitis im Gefolge hat, so geht diese nach Beendigung der primären Krankheit zurück, steht überhaupt in ihrer Intensität und Extensität in directem Verhältnisse zu dieser. Dringen nun aber durch die offenen Pforten des chronisch katarrhalisch afficirten Gewebes Tuberkelbacillen in das Lymphgefässsystem, so werden dieselben in den Drüsen deponirt und unterhalten durch ihre Reproduction den lymphadenitischen Entzündungs- und Nekrotisirungsprocess, so dass, trotz totaler Heilung der primären Krankheit, die Drüsenschwellung bestehen bleibt, ja fortschreiten und zum Abscess führen kann.

Mit Recht bemerkt auch Pontoppidan (l. c.), dass chronische Drüsenschwellungen, natürlich Leukämie, malignes Lymphom und Tumoren ausgenommen, eben immer scrophulös, d. h. tuberculös sind, da anderweitige chronische Hauterkrankungen z. B. Ulcus chronicum cruris, von dem er 50 Fälle daraufhin untersuchte, niemals bedeutendere Lymphadenitis erkennen lassen.

Dies vorausgeschickt constatire ich, dass unter 144 Lupösen nicht weniger als 114, also 79 p. c. an tuberculösen Affectionen irgend einer Art erkrankt waren, sei es vor Ausbruch ihres Lupus oder erst nachher. Es ist mir ganz unzweifelhaft, dass auch von den 43 restirenden Fällen so mancher daran litt, aber diese kamen meist in den ersten Jahren nach Eröffnung der Klinik zur Behandlung, als man es noch nicht für nothwendig hielt, in den Journalen den Lungen- und Drüsenbefund regelmässig zu vermerken. Welcher Art diese tuberculösen Affectionen sind, ist in den vorhergehenden Capiteln zur Genüge erörtert und braucht nicht hier nochmals specialisirt zu werden. Das Verhältniss des Lupus zur Tuberculose dürfte nach dem bisherigen also dahin präcisirt werden: Drei Viertel aller Lupösen zum mindesten leiden an anderweitigen tuberculösen Erkrankungen, die bei mehr als einem Viertel bereits vor Beginn des Lupus bestanden.

Wie steht es nun danach um die Ansicht Raudnitz's, der den scrophulösen Affectionen nur die Rolle einer accessorischen, man könnte sagen zufälligen, Krankheitsursache zuweist, in gleichem Masse wie dem Trauma, die immanente Anlage aber für



die Hauptsache hält? Betrachten wir einmal die ersten vier der von ihm mehr oder weniger ausführlich behandelten Fälle, in denen ein Trauma die Rolle des unmittelbaren accessorischen Krankheitserregers spielt, die er in 30 p. c. seiner Fälle der Scrophulose zuweist: Des ersten Mutter starb an acuter Lungenphthisis, die des zweiten ebenfalls, dazu litt er vorher an Lymphdrüsenvereiterung, beim dritten war die Mutter lungenkrank, eine Schwester lupös (!), der vierte bekam nach der Verwundung Lymphdrüsenabscesse und multiple kalte Abscesse am Bein, Lupus erst nach Verheilung derselben. Ich denke, wenn hier das Trauma, wie auch ich annehme, ein schon vorhandenes, aber latentes etwas zum Vorschein brachte, so war dies „etwas“ keine hypothetische Disposition, sondern einfach Tuberculose. Sehr wohl ist in anderen seiner traumatischen Fälle, wie auch in einigen der von mir beschriebenen (s. o.), denkbar, dass die Tuberkelbacillen die Wunde als Eintrittspforte in einen vorher gesunden Körper benützt haben.

Ich möchte nunmehr dahin resumiren: Lupus ist eine chronisch tuberculöse Erkrankung der Haut und einiger Schleimhäute.

Er entsteht sowohl bei bereits vorher mit ererbter oder acquirirter Tuberculose behafteten Individuen, wie auch bei sonst gesunden als eine genuine tuberculöse Erkrankung. Auch in solchen Fällen complicirt er sich sehr häufig durch andere tuberculöse Affectionen, öfter peripheren (scrophulösen), seltener visceralen.

Einen Lupus scrophulosus (mit Complicationen) und einen Lupus idiopathicus (ohne solche) zu unterscheiden, wie Pontoppidan will, halte ich für unnöthig, da ich der entschiedenen Ansicht bin, dass dieser wie jener Lupus pathogenetisch zur Tuberculose gehört.



Aus der Heidelberger chirurgischen Klinik.

# Beiträge zur Statistik des Lupus.

Gesammelt von

**Eugen Sachs.**

---

Durch Herrn Geheimrath Professor Czerny wurde ich veranlasst über die Lupuskranken, die während seiner Thätigkeit in Heidelberg, d. i. von April 1877 an, dort Hilfe für ihr Leiden gesucht haben, klinisch-statistische Untersuchungen anzustellen. Es haben sich bis zum 1. Januar 1886 hier 161 Kranke vorgestellt.

Die zu dieser Statistik nothwendigen Notizen habe ich theils in den Krankengeschichten, die über eine ziemliche Anzahl dieser Patienten in der Klinik geschrieben worden waren, aufgefunden, theils durch directes Befragen der Patienten, theils durch Vermittelung der Post erhalten. Dass dies mir leider nicht bei jedem Patienten voll und ganz gelungen ist, muss ich der deshalb nicht ganz genauen Statistik wegen bedauern, hoffe aber, dass das Gefundene der Aufzeichnung für werth gehalten wird. Gern erfülle ich noch an dieser Stelle die Pflicht den Herren Aerzten, die mir für viele Patienten die anamnestischen Fragen gütigst beantworteten, bestens zu danken.

Die Streitfrage über die Aetiologie des Lupus wage ich nicht zu entscheiden. Sicher ist, dass heute die Mehrzahl der Aerzte eine Beziehung zwischen Lupus und Tuberculose annimmt. Bis vor einigen Jahren fusste diese Annahme lediglich in den klinischen Erfahrungen einzelner Autoren. Als nun Friedländer in dem anatomischen Bau des Lupusknötchens sichere



Zeichen von Aehnlichkeit mit dem Bau des Tuberkels aufgefunden hatte, wurde diese Ansicht schon allgemeiner. In der neueren Zeit wurde sie aber fast sichergestellt durch die nach Impfung mit lupösem Material erzeugte Miliartuberculose und durch das Auffinden von Tuberkelbacillen in lupösem Gewebe. Freilich ist in der allerneuesten Zeit wieder von Dr. Gamberini gegen diese Ansicht Einspruch erhoben worden; er stützt sich hierbei auf die bisher noch nicht gelungene, künstliche Erzeugung des Lupusknötchens und nimmt in Betreff der Tuberkelbacillen im Lupusknötchen an, dass die Ursache der Tuberkelmaterie nicht die Ursache des Lupusknötchens zu sein brauche. — Je weniger Einstimmigkeit nun über die Aetiologie des Lupus herrscht, um so berechtigter ist eine klinische Betrachtung des Lupus, und vielleicht ist sie gerade im Stande in dieser Frage aufklärend zu wirken. In dieser Absicht wurde die folgende Arbeit unternommen.

In derselben sollen berücksichtigt werden: das Geschlecht, der Ort und die Zeit des Krankheitsanfanges, die hin und wieder von den Patienten angegebene Ursache der Entstehung der Affection, das Vorhandensein sicherer Zeichen von Tuberculose beim Patienten selbst und in seiner Familie, die hereditäre Belastung mit Lupus, andere Krankheiten, die vor oder neben diesem Leiden vorhanden waren, die geographische Verbreitung des Leidens in der Heidelberger Umgegend, und zuletzt die hier angewandte Therapie mit ihren Erfolgen.

## Geschlecht.

Von den 161 Patienten waren 61 männlichen, d. i. 37·88 % und 100 weiblichen Geschlechts, d. i. 62·11 %, also ist auch nach dieser Statistik Lupus beim weiblichen Geschlecht entschieden häufiger.

Vor weiterer Mittheilung noch die Bemerkung, dass von den 161 Patienten 27 (selbst mit Hilfe der Post) nicht zu ermitteln waren, ferner, dass 4 Patienten gestorben sind, von deren Angehörigen ich keine Mittheilung erhalten konnte, und dass 25 Patienten mir bis heute noch die Antworten auf meine Fragen schuldig sind. Demnach habe ich nur ein brauchbares Material von 105 Patienten zur Verfügung; aber da doch manches über die Patienten theils im Krankenjournal, theils in den Büchern



der Ambulanz aufgeschrieben war, so kann ich bei verschiedenen Fragen noch über einige mehr Sicheres berichten.

### Primärlocalität.

Bei 137 Patienten konnte der erste Ausgangspunkt des Lupus ziemlich genau eruirt werden, und es ergab sich hierbei, dass das Leiden ausgegangen war:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Von der rechten Stirn . . . . . . | 1 | Mal | ( 1 w.) | 0·621$^0/_0$ |
| „ der linken Schläfe . . . . . . | 2 | „ | ( 2 w.) | 1·242$^0/_0$ |
| „ dem rechten Augenlid . . . . | 4 | „ | (2 m. 2 w.) | 2·484$^0/_0$ |
| „ dem rechten Ohr . . . . . . | 5 | „ | ( 5 w.) | 3·105$^0/_0$ |
| „ dem linken Ohr . . . . . . . | 5 | „ | (1 m. 4 w.) | 3·105$^0/_0$ |
| „ dem linken Ohrläppchen . . . | 2 | „ | (1 m. 1 w.) | 1·242$^0/_0$ |
| „ der Nase (ohne näh. Bezeichnung) | 32 | „ | (9 m. 23 w.) | 19·872$^0/_0$ |
| „ der Nasenspitze . . . . . . . | 12 | „ | (3 m. 9 w.) | 7·452$^0/_0$ |
| „ dem rechten Nasenflügel . . . | 5 | „ | (2 m. 3 w.) | 3·105$^0/_0$ |
| „ dem linken Nasenflügel . . . | 3 | „ | (2 m. 1 w.) | 1·863$^0/_0$ |
| „ der Naseninnenfläche . . . . | 3 | „ | (2 m. 1 w.) | 1·863$^0/_0$ |
| „ der Oberlippe . . . . . . . . | 3 | „ | (1 m. 2 w.) | 1·863$^0/_0$ |
| „ dem linken Mundwinkel . . . | 1 | „ | ( 1 w.) | 9·621$^0/_0$ |
| „ dem Kinn . . . . . . . . . | 2 | „ | ( 2 w.) | 1·242$^0/_0$ |
| „ den Wangen (ohne näh. Bezeichng.) | 5 | „ | ( 5 w.) | 3·105$^0/_0$ |
| „ der rechten Wange . . . . . | 10 | „ | (3 m. 7 w.) | 6·211$^0/_0$ |
| „ der linken Wange . . . . . . | 13 | „ | (7 m. 6 w.) | 8·074$^0/_0$ |
| „ der Halsgegend . . . . . . . | 8 | „ | (6 m. 2 w.) | 4·968$^0/_0$ |
| „ dem Ellenbogen . . . . . . . | 3 | „ | ( 3 w.) | 1·863$^0/_0$ |
| „ dem Vorderarm . . . . . . . | 6 | „ | (3 m. 3 w.) | 3·726$^0/_0$ |
| „ dem Handgelenk . . . . . . | 1 | „ | (1 m. ) | 0·621$^0/_0$ |
| „ dem Handrücken . . . . . . | 5 | „ | (4 m. 1 w.) | 3·105$^0/_0$ |
| „ dem IV. Finger der rechten Hand | 2 | „ | ( 2 w.) | 1·242$^0/_0$ |
| „ dem Oberschenkel . . . . . . | 1 | „ | (1 m. ) | 0·621$^0/_0$ |
| „ dem linken Knie . . . . . . | 1 | „ | (1 m. ) | 0·621$^0/_0$ |
| „ dem Fuss . . . . . . . . . | 1 | „ | (1 m. ) | 0·621$^0/_0$ |
| „ der IV. Zehe des rechten Fusses | 1 | „ | (1 m. ) | 0·621$^0/_0$ |

Bei den 24 übrigen Patienten war nur die Diagnose: „lupus faciei" notirt, und zwar waren sie 10 männlichen und 14 weiblichen Geschlechts, d. s. 13·904$^0/_0$.





Etwas klarer wird die Betheiligungszahl der einzelnen Körpertheile bei männlichen und weiblichen Patienten mit Rücksicht auf die Primärlocalisation, wenn man folgende Aufstellung vergleicht.

| Kopf | Hals | Extremitäten |
|---|---|---|
| | des männlichen Geschlechts | |
| **43,** d. s. 70·491 % | **6,** d. s. 9·836 % | **12,** d. s. 19·672 % |
| | des weiblichen Geschlechts | |
| **89,** d. s. 89 % | **2,** d. s. 2 % | **9,** d. s. 9 % |

Hiernach ist also der Kopf beim weiblichen Geschlecht der bei weitem häufigste Ausgangspunkt des Leidens, während beim männlichen Geschlecht doch etwa 30% der Primärlocalisation auf Hals und Extremitäten kommen.

## Zeit des ersten Auftretens.

Zieht man die Zeit des ersten Auftretens in Betracht, so ergibt sich folgende Tabelle von 121 Patienten, bei denen diese zu ermitteln war:

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0— 5 | Jahre | 4 | männl. | 4 | weibl. | Geschlechts | 6·608 % | von 121 Patienten. |
| 5—10 | „ | 8 | „ | 14 | „ | „ | 18·172 % | |
| 10—15 | „ | 17 | „ | 17 | „ | „ | 28·084 % | |
| 15—20 | „ | 4 | „ | 25 | „ | „ | 23·954 % | |
| 20—25 | „ | 6 | „ | 6 | „ | „ | 9·912 % | |
| 25—30 | „ | — | „ | 1 | „ | „ | 0·826 % | |
| 30—40 | „ | 2 | „ | 5 | „ | „ | 5·782 % | |
| 40—60 | „ | 2 | „ | 6 | „ | „ | 6·608 % | |

Bei 4 Patienten war nichts über ihr Alter in Erfahrung zu bringen, bei den anderen 36 Patienten war das Alter notirt, in dem sie Hilfe in der chirurgischen Ambulanz gesucht hatten. Bei ihnen stellen sich die Zahlen in folgender Weise:

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 5—10 | Jahre | — | männl. | 1 | weibl. | Geschlechts | 2·77 % | von 36 Patienten. |
| 10—15 | „ | 2 | „ | 2 | „ | „ | 11·08 % | |
| 15—20 | „ | 3 | „ | 4 | „ | „ | 19·39 % | |
| 20—25 | „ | 4 | „ | 6 | „ | „ | 27·77 % | |
| 25—30 | „ | 2 | „ | 2 | „ | „ | 11·08 % | |
| 30—40 | „ | 1 | „ | — | „ | „ | 2·77 % | |
| 40—60 | „ | 4 | „ | 5 | „ | „ | 24·93 % | |





Aus der ersten Tabelle geht hervor, dass 97 Personen im Alter von 5—25 Jahren erkrankten; fügt man noch die 22 Patienten aus der zweiten Tabelle, die in diesem Alter sich vorstellten, hinzu, so ergibt sich, dass wenigstens 119 Personen, also 73·899% sämmtlicher Patienten in dieser Zeit erkrankten, so dass man wohl berechtigt ist zu sagen, dass die Zeit des 2., 3., 4. und 5. Quinquenniums am meisten von dieser Krankheit bedroht ist, obwohl man kein Lebensalter als absolut sicher vor dieser Krankheit bezeichnen kann. Hinzufügen will ich noch, dass aus dieser Uebersicht noch sich das beachtenswerthe Resultat ergibt, dass von 25—40 Jahren nur 13 Patienten erkrankten, während in der Zeit von 40—60 Jahren 17 Patienten erkrankten, denn bei der verminderten Anzahl der Menschen in dem letzten Zeitabschnitt mussten weniger Leute primär erkranken, also ist wohl eine gesteigerte Fähigkeit zur Erkrankung in dieser Lebensperiode anzunehmen.

## Ursachen.

Nur selten konnte von den Patienten etwas über die Entstehung des Leidens in Erfahrung gebracht werden. Die Patienten, meist den ärmeren Klassen entstammend, merkten die Krankheit oft erst, als sie schon längere Zeit bestand. Ein grosser Theil gibt Erkältung als Ursache an. Von anderen Ursachen wurden genannt:

1. Trauma, von 9 Patienten, 5 männlichen, 4 weiblichen. Besonders interessant hierbei ist, dass bei 3 Patienten nach Schlag auf eine bestehende Zahnfistel das Leiden sich entwickelt hat. Einmal entstand ein Lupusknötchen am frischen Stichkanal eines Ohrringes. Die übrigen 5 Patienten waren auf die Nase gefallen und hatten sich diese verletzt.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 2. Scharlach . . . . | von 6 | Patient., | 4 männl., | 2 weibl. |
| 3. Augenentzündung | „ 2 | „ | 1 „ | 1 „ |
| 4. Scabies . . . . . . . | „ 1 | „ | 1 „ | — „ |
| 5. Eczem . . . . . . | „ 1 | „ | 1 „ | — „ |
| 6. Erysipel . . . . . | „ 3 | „ | 1 „ | 2 „ |

Hierbei ist einmal das Leiden so acut aufgetreten, dass ich das, was ich erfahren konnte, nicht unterlassen will zu berichten.





Patientin, 24 Jahre alt, aus Heidelberg. Früher immer gesund gewesen, stammt aus ganz gesunder Familie. In ihrem vierten Wochenbett bekam sie 3 Tage nach der Entbindung ein Erysipel, das von der Nase ausgegangen und in 8 Tagen abgeheilt gewesen sein soll. Den folgenden Tag, als Patientin sich wohl fühlte und aufstand, bemerkte sie, dass die Oberfläche der ganzen Nase voller Knötchen war, welche ihr Mann bestimmt am Tage vorher noch nicht bemerkt haben will. Mag diese Behauptung des Mannes auch seiner wahrscheinlich ungenügenden Beobachtung zugeschrieben werden, so scheint doch festzustehen, dass während des 8tägigen Erysipels acut über ein Dutzend primärer Lupusknötchen sich entwickelten. Was den Verlauf dieses einzelnen Leidens betrifft, so besteht es jetzt seit 4 Jahren noch recht ausgebreitet, nachdem 4mal durch Ausschaben, Cauterisiren und Verband mit Jodoformvaseline Heilung, aber immer nur auf einige Monate, herbeigeführt war.

7. Caries des rechten Nasenbeines von einem männlichen Patienten. Dieser Patient, der aus gesunder Familie stammen soll, wurde mit einer fluctuirenden, schmerzhaften Geschwulst an der rechten Nasenwurzel aufgenommen. Die Haut über dieser Geschwulst war normal. Durch Incision wurde Eiter entleert, die Sonde kam auf cariöse Stellen des rechten Nasenbeines; diese Stellen wurden ausgekratzt und dann durch Jodoformwatte-Verband eine Heilung zu bewirken gesucht. Diese gelang bis auf eine wenig nässende Fistel, doch bald zeigten sich in der Narbe die ersten Lupusknötchen. Allmählich breitete sich der Lupus immer mehr aus und bedeckt trotz wiederholter Aetzungen, Thermocauterisation, Salbenbehandlung jetzt nach $2^1/_2$ Jahren die ganze Nasenhälfte.

8. Vereiterte, noch nicht völlig zugeheilte Drüsen von 7 Patienten, 5 männlichen, 2 weiblichen. Diese beiden Entstehungsarten sind mit Rücksicht auf die Aetiologie des Lupus besonders interessant. Bedenkt man hierbei noch, dass so viele Patienten wenig sorgfältig ihren Körper beobachten, und dass die meisten Patienten die Frage nach der Entstehung ihres Leidens nicht beantworteten, so kann man ziemlich sicher annehmen, dass mehr als 7 Fälle von Lupus auf diese Art entstanden sind. Hierzu kommt noch, dass wahrscheinlich öfter Patienten mit vereiterten Lymphdrüsen mit dieser Diagnose allein geführt sind, während



sich am Rande schon einige Lupusknötchen zeigten, die zugleich mit den Drüsen ausgekratzt wurden und nicht recidivirten.

### Sichere Zeichen von Auto-Tuberculose.

Nun die wichtigsten Abschnitte der Arbeit. Denn da im Lupusknötchen Tuberkelbacillen, wenn auch nur vereinzelt, wie jetzt schon öfter berichtet, gefunden wurden, und da Impfungen mit lupösem Material sehr häufig positive Resultate, d. h. Miliartuberculose beim Versuchsthiere ergaben, so liegt die Annahme nahe, dass ein Lupuskranker selbst tuberculös sei oder wenigstens tuberculös belastet sei, eine Annahme, welche nach den folgenden Angaben den Thatsachen durchaus entspricht. Leider fehlt bei dieser Frage über 56 Personen, 21 männliche und 35 weibliche jede Nachricht, deshalb sind nur 105 Patienten in diese Statistik aufgenommen. Es ergibt sich nun, dass nur bei 15 Patienten, 4 männlichen, 11 weiblichen, nichts von Autotuberculose und nichts von hereditärer Tuberculose vorhanden sein soll, also nur 14·280 % von 105 Patienten.

Vor Beginn der Krankheit waren tuberculös: 36 Patienten, 16 männliche und 20 weibliche, also 34·272 %.

Zur Zeit der Krankheit hatten Zeichen von Tuberculose, die eben Angeführten alle mit eingerechnet: 66 Patienten, 24 männliche und 42 weibliche, also 62·832 %.

Bei den noch fehlenden 24 Patienten ergab sich irgendwelche hereditäre Tuberculose. Vor der Uebersicht über diese noch der Bericht über die bereits verstorbenen Patienten. So viel mir bekannt, sind 11 Patienten gestorben. Von 7 Patienten ist mir durch Aerzte Nachricht zugekommen, von 4 Patienten durch die Post. Von diesen 7 Patienten sind 5 an Phthisis pulmonum gestorben: 1 männlicher, 4 weibliche; 1 männlicher Patient an multipler Caries, und 1 männlicher hat sich das Leben genommen. Von diesen 5 ersten Patienten wies nur der männliche und ein weiblicher Patient noch Lupus zur Zeit des Todes auf, bei allen übrigen und auch den letzten beiden war der Lupus schon einige Zeit lang abgeheilt.





### Hereditäre Tuberculose.

Tuberculös waren:

| | | | |
|---|---|---|---|
| $I_a$ der Vater von . . . . . | 5 männl., | 16 weibl. | Patienten |
| $I_b$ die Familie des Vaters von | — „ | 2 „ | „ |
| | | Zusammen 23, d. s. 21·896 %. | |
| $II_a$ die Mutter von . . . . . | 3 männl., | 16 weibl. | Patienten |
| $II_b$ die Familie der Mutter von | 2 „ | 6 „ | „ |
| | | Zusammen 27, d. s. 25·704 %. | |
| III die Geschwister von . . . | 7 männl., | 24 weibl. | Patienten |
| | | Zusammen 31, d. s. 29·512 %. | |

Hierbei ist noch anzuführen, dass Tuberculose nachgewiesen wurde, dass:

| | | | |
|---|---|---|---|
| $I_a$, $II_a$ u. III . . . . | 1 weibliche Patientin | | |
| $I_a$ und $II_a$ . . . . | 1 männlicher, | 2 weibliche | Patienten |
| $I_b$ „ $II_b$ . . . . | — „ | 1 „ | „ |
| $I_a$ „ III . . . . | 1 „ | 5 „ | „ |
| $II_a$ „ III . . . . | 1 „ | 6 „ | „ |
| $II_a$ „ $II_b$ . . . . | — „ | 2 „ | „ |
| $II_b$ „ III . . . . | — „ | 4 „ | „ |

tuberculös waren.

Nur bei 2 Patienten konnte eruirt werden, dass ihre Kinder scrophulös seien, 5 Mal wurden die diesbezüglichen Fragen negativ beantwortet. Demnach ergibt sich nach dieser Statistik, dass 90 Patienten, also 86·68 % des brauchbaren Materials und 55·89 % des ganzen Materials sichere Zeichen von Autotuberculose oder von hereditärer Tuberculose oder von beiden darboten. Bekräftigt wird ferner dieses Resultat durch die Thatsache, dass von den 7 verstorbenen Patienten, über die genauere Auskunft erhalten werden konnte, 6 an Tuberculose gestorben sind, während der siebente Patient durch Suicidium seinen Untergang gefunden, von dem aber ein Sectionsbericht nicht zu erlangen war.

### Hereditärer Lupus.

In Bezug auf Lupus in der Familie folgende Notizen:

Bei einem männlichen Patienten fand sich, dass eine Schwester und ein Neffe der Mutter dasselbe Leiden hatten.

Bei 7 weiblichen Patienten hatte je eine Schwester auch Lupus, bei 2 von diesen sogar je 2 Schwestern.

Bei 1 Patientin, die noch in Behandlung ist, hat die Mutter immer noch Lupus, den sie aber trotz der ziemlichen Ausbreitung schon mehrere Jahre nicht mehr behandeln lässt.

2 weitere weibliche Patienten, die beide in die Statistik aufgenommen sind, stehen im Verhältniss von Tante und Nichte zu einander.

Von diesen 11 Patienten, sind nur zwei weibliche frei von Autotuberculose gewesen, in den Familien aller aber war schon mehrfach Tuberculose vorgekommen.

Bei einer Frau, die zur Zeit ihres Leidens geschwollene Lymphdrüsen aufwies, ergab sich, dass sie aus ganz gesunder Familie stamme, ihr Mann aber vor Kurzem an Phthisis pulmonum gestorben war, ein Factum, das in Bezug auf die Infectionstheorie des Lupus sicher nicht ohne Bedeutung ist. Aber lassen wir diesen einen Fall von wahrscheinlicher Infection in der Familie ausser Berechnung, so ergibt sich immer noch, dass bei 11 Patienten Lupus in der Familie vorhanden war, was immerhin 10·472% des brauchbaren Materials bedeutet. Auch ist noch anzuführen, dass eine Patientin, die zu dieser Kategorie gehört, bereits an Phthisis pulmonum gestorben ist.

**Andere Krankheiten.**

Zuerst die Angaben über anderweitige Hautaffectionen, die vor und neben Lupus bestanden.

Bei dieser Aufzählung gehört dem Erysipel der erste Platz. Es war bei 4 männlichen und 13 weiblichen Patienten vorhanden, also bei 17 Personen oder 16·144% von den bekannten 105 Fällen.

4mal war Complication mit Eczem vorhanden,
1 „ „ „ „ Urticaria „
1 „ „ „ „ Scabies „

Von sonstigen Krankheiten sind zu erwähnen:

Augenentzündungen bei 5 männlichen und 11 weiblichen Patienten, allein bei keinem dieser Patienten konnte von fachmännischer Seite in Erfahrung gebracht werden, ob diese Entzündungen tuberculöser Natur waren.



Frühere Lues war nur einmal bei 1 Mann zu constatiren, er hatte 20 Jahre vor Beginn des Leidens einen Schanker gehabt Jodkalium hattte keinen Einfluss auf das Leiden.

Noch auf ein Leiden möchte ich hinweisen, dessen weder von Dr. Raudnitz noch von Dr. Pontoppidan in ihren bezüglichen Statistiken Erwähnung gethan ist, nämlich auf Epitheliom Bei 4 männlichen und einem weiblichen Patienten wurde gefunden dass sich auf der Narbe eines bereits durch Kunsthilfe geheilten Lupus in höherem Alter Epitheliom entwickelte. Man hat wohl das Recht hierbei anzunehmen, dass bei diesen 5 Personen, die zu Carcinom wahrscheinlich disponirt waren, die Narben einen locus minoris resistentiae bildeten. Von diesen Patienten ist zu berichten, dass bei zwei Männern Excision der ganzen Narbe mit folgender Plastik bereits 2 Jahre den gewünschten Erfolg hat. Ein Mann ist gestorben, dessen Tod auf der durch die Post zurückgekommenen Karte vermerkt war. Der letzte dieser Patienten befand sich seit Ende vorigen Jahres in klinischer Behandlung. Er starb am 24. Jänner 1886. Dieser Fall ist in seinem ganzen Verlauf ähnlich dem zweiten Falle von den 6 derartigen Fällen, die Professor Esmarch am III. Sitzungstage des VI. Congresses der deutschen Gesellschaft für Chirurgie in Berlin demonstrirte. Bei der Section fand sich kein Zeichen von Tuberculose. Bei der weiblichen Patientin ist nach ihrer Meldung das Leiden, nachdem es auf 2 Jahre geheilt gewesen war, jetzt wieder aufgetreten.

Menstruationsbeschwerden wurden nur zweimal mitgetheilt, aber beidemal geben die Frauen an, dass diese wohl nichts mit ihrem Ausschlag zu schaffen hätten.

## Geographische Localisation.

Was die geographische Localisation des Lupus betrifft, so ist zwar ein diese beschreibendes Kärtchen gezeichnet und der Arbeit beigegeben, allein es kann nicht behauptet werden, dass hierdurch das wahre Verhältniss bezeichnet ist. Denn einmal sind noch die grossen Spitäler von Mannheim und Karlsruhe, wo sicher viele Lupuskranken Hilfe suchen, in nächster Nähe, ferner gibt es so viele Kreiskrankenhäuser in Baden, Hessen und der Pfalz, dass ich glaube, nicht den zehnten Theil der Lupuskranken, die im Umkreis von etwa 20 Meilen sich befinden, angegeben



zu haben. Es war der Wohnsitz aller Patienten angegeben. Die auf der Karte fehlende Zahl von 6 Patienten vertheilt sich so, dass 5 auf Preussen und 1 Patient auf Russland kommen.

## Therapie.

Bei 138 Patienten kann über die Therapie berichtet werden, über den Erfolg derselben leider nur wieder von den bereits genannten 105 Patienten. Ein Patient schliesslich bekam eine Pelotte für den durch das Leiden entstandenen Substanzverlust angefertigt, da er keine plastische Operation wünschte.

Von den eben genannten 138 Patienten wurden:

I. mit dem Löffel ausgeschabt, mit dem Thermokauter gebrannt, mit Jodoform und später mit Salben meist Jodoformvaseline verbunden:
20 männliche, 41 weibliche Patienten . . . . . . 44·225%

II. mit dem Thermokauter gebrannt und mit Salben verbunden:
4 männliche, 12 weibliche Patienten. . . . . . . 11·60 %

III. mit dem Thermokauter gestichelt und mit Salben verbunden:
3 männliche, 6 weibliche Patienten . . . . . . . 6·525%

IV. Excision mit folgender Naht wurde gemacht bei
2 männlichen, 6 weiblichen Patienten . . . . . . 5·800%

V. mit dem Löffel ausgeschabt, mit Lapis geätzt und mit Salben verbunden:
3 männliche, 11 weibliche Patienten . . . . . . 10·150%

VI. mit unguentum praecipitatum rubrum und anderen Quecksilbersalben verbunden:
6 männliche, 17 weibliche Patienten . . . . . . 16·675%

VII. Sublimatumschläge gemacht bei
4 männlichen, 3 weiblichen Patienten . . . . . . 5·075%

VIII. Sublimatinjectionen angewendet bei
einer weiblichen Patientin . . . . . . . . . . . . 0·725%

IX. mit Kali causticum geätzt:
3 weibliche Patienten . . . . . . . . . . . . . . 2·175%

X. mit Trichloressigsäure behandelt:
1 weibliche Patientin . . . . . . . . . . . . . . 0·725%



XI. Pyrogallussäure angeordnet:
2 männlichen, 2 weiblichen Patienten . . . . . . 2·900%

XII. Jodoformvaseline aufgelegt neben inneren Mitteln bei
6 männlichen Patienten . . . . . . . . . . . . . 4·350%

Innerlich wurde gegeben:

XIII. Leberthran
2 männlichen, 3 weiblichen Patienten . . . . . . 3·625%

XIV. Jodkali
2 männlichen, 3 weiblichen Patienten . . . . . . 3·625%

XV. Arsen
2 männlichen Patienten . . . . . . . . . . . . . 1·450%

Was die Ordination von Salben und inneren Mitteln betrifft so sind sie sicher öfter angewendet worden, aber infolge der mangelhaften Aufzeichnungen über die Therapie jedes einzelnen Patienten war nicht mehr zu eruiren.

Mittel, die Patienten ohne Ordination der Heidelberger chirurgischen Klinik anwandten, werden nicht mitgetheilt, da sie alle ohne Erfolg blieben. Um nicht noch mehr durch Tabellen zu ermüden, sei kurz gesagt, dass bei 30 Patienten 3 und mehr Mittel, bei anderen 42 bis jetzt nur 2 Mittel und bei den übrigen Patienten nur ein Mittel angewandt wurde.

**Erfolg.**

Bei dem Erfolg soll die Uebersicht so hergestellt werden, dass das Resultat zuerst angegeben und in Klammern die betreffende Behandlung hinzugefügt wird, bezeichnet mit den Zahlen der vorstehenden Tabelle.

Geheilt wurden:
13 männliche
(I, 6; III, 2; V, 3; VI, 2;) und
31 weibliche Patienten.
(I, 17; I und XIII. 1; II, 7; III, 2; IV, 1; V, 1; VI, 1; VIII, 1.)
[I—III 35 mal von 44 Fällen.]
Also 44 Patienten, d. s. 41·888%.





Mit Recidiv sind in Behandlung:
6 männliche
(I, 3; II, 2; VI, 1.
Letzter P. ambulant;) und
5 weibliche Patienten.
(I, 2; VI, 1; VIII, 1; XI, 1.
Letztere 3 P. ambulant.)
Also 11 Patienten, d. s. 10·476%.

Hierbei wie im folgenden nur die letzte Ordination angegeben.

Mit Recidiv sind ausser Behandlung:
11 männliche
(I, 6; III, 1; IV, 2; V, 1; VI, 1;) und
33 weibliche Patienten.
(I, 14; II, 2; III, 1; IV, 2; V, 6; VI, 6; VII, 1; XIII, 1.)
Also 44 Patienten, d. s. 41·888%.

Recidive bestehen also bei 55 Patienten, das sind 52·360%.

In Behandlung ist ein Fall von frischem Lupus der Nase, es ist I angewendet worden; der Theil, der ausgekratzt wurde, benarbt sich sehr gut.

Von den 4 durch die Post mitgetheilten Todesfällen erfuhr ich bei einem durch die Aufmerksamkeit eines Postboten, dass der Adressat mit Ausschlag gestorben sei. Hierzu müssen noch die 2 Patienten gerechnet werden, die, wie schon mitgetheilt, ungeheilt starben. Wenn auch noch mehrere Patienten, die die Antwort auf die erhaltenen Karten noch schuldig sind, geheilt sein mögen, so ist doch die Zahl der Misserfolge eine fast erschreckende. Wenn auch nicht alle Recidive, so werden doch sicher viele durch das Verhalten der Patienten verschuldet, denn ist jemand als nichtzahlend aufgenommen, so möchte er, sobald die Operationsstelle nicht mehr blutet, wieder arbeiten, vor allem aber das Krankenhaus verlassen; noch schlimmer ist das Dringen auf Entlassung bei zahlenden Patienten, namentlich wenn sie Familie haben.

Versteht man sich endlich, was ziemlich oft hier geschehen muss, dazu solche Patienten ambulant zu behandeln, so sieht man diese oft kaum noch 8 Tage nach der Operation jeden





zweiten oder dritten Tag. Dass bei solchem Gebahren der Patienten Recidive in der Wunde nicht beseitigt werden können und so keine sichere Heilung bewirkt werden kann ist klar; dass ferner die frisch granulirenden Wunden ausserhalb des Spitals nicht gerade sehr geschützt werden, zumal sie ja fast nie schmerzen, ist leider fast immer der Fall. Aus dem eben Gesagten geht hervor, dass die vielen Recidive nicht allein der Methode der Heilung und in nicht gar zu hohem Grade der Hartnäckigkeit des Leidens zugeschrieben werden dürfen. Da es ferner bekannt ist, dass fast alle Patienten die Hilfe des Arztes viel zu spät in Anspruch nehmen, so kann man fast überzeugt sein, dass bei frühzeitiger und sachgemässer Behandlung nicht jene scheusslichen Entstellungen auftreten würden, die man jetzt leider noch zu oft sieht. Als sachgemässe Behandlung ist nach der Statistik wohl hauptsächlich die Entfernung des lupösen Gewebes, dann Cauterisation des Wundrandes, hierauf aseptischer Verband und später Nachbehandlung mit Salben anzusehen. Die Narben werden hierbei glatt und retrahiren sich meist sehr wenig. Doch alle anderen aufgeführten Mittel und noch einige mehr vielleicht haben sicher ihre volle Berechtigung, wenn man bei der Therapie von dem Gesichtspunkt ausgeht, dass ein virus zerstört werden muss, denn alle wirken zerstörend auf das kranke Gewebe, die meisten sogar nebenbei noch antibacillär. Was die innerlichen Mittel betrifft, so waren sie nur durch das scrophulöse Aussehen der Patienten resp. durch den Verdacht auf lues indicirt. Eine reine innerliche Behandlung ist in dieser Statistik nicht vorhanden, sie wird auch wohl nirgends mehr als allein heilend empfohlen.

Zuletzt erfülle ich freudig die angenehme Pflicht, dem Herrn Geheimrath Czerny für die gütige Ueberlassung des Materials, sowie für die liebenswürdige und hilfreiche Theilnahme im Verlauf der Arbeit den wärmsten Dank auszusprechen.

# Bericht über die Leistungen

auf dem

# Gebiete der Dermatologie und Syphilis.





# Hautkrankheiten.

---

## Anatomie, allg. Pathologie und Therapie der Haut.

**Bordoni-Uffreduzzi** (Turin). Ueber die biologischen Eigenschaften der normalen Hautmikrophyten. (Fortschr. d. Med. Nr. 5. 1886.)

Vf. beschäftigte sich mit der Cultivirung jener bereits von Bizzozero mikroskopisch nachgewiesenen Bacterienarten, welche unter ganz normalen Verhältnissen die menschliche Oberhaut bewohnen. Es wurden theils auf festen, theils auf flüssigen Nährböden Kopfschuppen, Oberhautpartikel aus der Cruro-scrotalgegend und aus den Interdigitalfalten der Zehen, dann Haare vom Kopf, Kinn und von den Pubes der Züchtung unterworfen. Die Resultate derselben waren folgende:

a) Mikrococcenfunde. Fünf Mikrococcenspecies gingen in Reinzucht auf, eine citronengelb wachsende, und Gelatine nicht verflüssigende, Häufchen bildende, eine zweite, dunkelorangefarbene, etwa nach 3 Wochen verflüssigende, und 3 farblose Species, von denen die erste in der Gelatinecultur nur oberflächliches Wachsthum und wachsartiges Aussehen zeigt, während die zweite, rasch verflüssigende, unregelmässige Colonien bildet. Die letzte und interessanteste Species wächst auf Gelatine in Form weisslicher Colonien hauptsächlich längs des Impfstiches, ohne zu verflüssigen, lässt sich ganz ausschliesslich nur von den Wurzeln der Kopf-, Bart-, Scham- oder Achselhaare, nie von Hautschuppen gewinnen, und gleicht in allen Punkten der von Sehlen beschriebenen und für die Area Celsi als specifisch angegebenen Mikrococcenart. Die Thierversuche und Züchtungsbeobachtungen des Autors haben ihm die Ueberzeugung verschafft, dass die Sehlen'schen Areacoccen weit entfernt einen specifischen Werth für die Alopecia areata zu haben, lediglich der Ausdruck eines normalen Zustandes sind.



b) Nachweis eines vollkommen harmlosen, weder durch directe Impfung für Thiere noch durch Verreibung auf der Haut für Menschen pathogenen Bacillus epidermidis von ungefähr 3 Mm. Länge und 0·3 Mm. Breite, welcher bei einer Temperatur von 15—200° auf Serum und Kartoffeln in Form eines charakteristischen Mykodermas sehr gut gedeiht, auf Blutserum deutliche Sporenbildung erkennen lässt, und im Gegensatze der von Baltzer ausgesprochenen Meinung, mit dem Erythrasma absolut nichts zu thun hat.

c) Es wurde schliesslich eine stinkende Bacterienart, Bact. graveolens aus den Interdigitalfalten gezüchtet, welche sich sehr schnell auf Gelatine, Agar (dieselben verflüssigend und gelbgrün wachsend) und Kartoffeln vermehrt und keine pathogenen Eigenschaften besitzt.

Ausserdem gelang es noch, eine Sarcineart und eine ovale Saccharomycesform (Bizzozero) in Reincultur zu gewinnen.

Hochsinger.

**Letzel.** Ueber Saponimente oder medicinische Opodeldoke. (Allg. med. Centr.-Ztg. No. 77 u. 78, 1885.)

Die Saponimente können in kürzester Frist und in der kleinsten Pharmacie angefertigt werden, und es ist auch eine grössere Reihe von medicamentösen Opodeldok-Combinationen möglich, als von medicinischen Stückseifen.

Da die Saponimente nur 5—15 % Seife und im Uebrigen Weingeist oder verdünnten Weingeist als Lösungsmittel enthalten, so wird das incorporirte Medicament beim Gebrauch des Opodeldoks (da ja das Lösungsmittel beim Einreiben verdunstet) von nur wenig Seife eingehüllt sein und so in concentrirterer Form zur Wirkung gelangen — es werden die Saponimente mithin energischer wirken können, als die medicinischen Seifen.

Der intensiveren Wirkung der Saponimente wird aber auch eine gewisse Einschränkung ihrer therapeutischen Verwendbarkeit entsprechen müssen — bei acuten entzündlichen Hautkrankheiten werden sie zum grössten Theile nicht in Anwendung gezogen werden können, bei acuten Erythemen, stark nässenden Eczemen wird man sich ihrer wohl immer entrathen. Dagegen wird ihre energische Einwirkung bei den parasitären Erkrankungen der Haut (Favus, Herpes tonsurans, Sycosis parasit., Eczema marginat., Pityriasis versicolor, Scabies etc.),



bei den chronischen squamösen und pruriginösen Dermatosen (Psoriasis, Lichen ruber, infiltrirten trockenen Eczemen, Prurigo), bei den Acneformen, bei Ichthyosis und ganz besonders bei den Dermatosen der behaarten Haut von grossem Nutzen sein.

Die Herstellung des Saponimentes besteht vor Allem darin, die Stearin-, resp. Oelseife im Weingeist zu lösen und dann das Medicament zuzusetzen; doch dürfen durch letzteres Zersetzungen nicht entstehen.

Da es wünschenswerth erschien, Metalloxyde mit den Saponimenten in Verbindung zu bringen, jedoch durch das specifische Gewicht derselben ein Zubodensetzen unvermeidlich ist, so musste ein Mittel gesucht werden, das Saponiment zu verdicken. Es wurde dies in einem Zusatz von Bleipflaster in Verbindung mit Ricinusöl gefunden.

Gerade in der Dermatotherapie sind eine Menge von Stoffen beliebt, welche sich zu den Seifen neutral verhalten und deshalb für die Saponimente das passendste Material ergaben:

10% Bals. Peruvian., 5% Acid. carb., 5 und 10% Ichthyol, 1% Jodoform, 1% Naphthol, 10% Pix liquida, 5% Acid. pyrogallic., 5 und 10% Resorcin, 20% Styrax.

Mit Salzen konnten Saponimente bereitet werden:

15% Natrium salicylicum.

Von Metallen sind zu nennen:

20% Hydrargyrum, 10% Hydrargyrum praecipit. alb., 10% Zinc. oxydat.

Folgende Nachtheile haben die Saponimente: 1. Das Austrocknen, das immer eintritt, wenn die Büchsen nach dem Gebrauch nicht wieder gut verkorkt werden. 2. Einige Saponimente sind vor dem Licht zu schützen, da sie sich zersetzen. Dem könnte man übrigens durch farbige Gläser abhelfen.

L. lobt seinen Schwefel-Opodeldok. R. Sapon. stearin. 80·0 Sapon. olein. 80·0, Spirit. 780·0 Liqu. Ammon. hydrosulfurat. 24·0, der Anwendung fand bei sämmtlichen indurirten Acne-Formen wobei jedoch die mechanische Behandlung, Sticheln, Schaben, Abreibungen mit Sand, Marmorstaub, Sandmandelkleie, in den geeigneten Fällen nicht unterlassen wurde.



Die schönsten Erfolge sah L. von der Application des Schwefel-opodeldoks bei allen schuppenden Dermatosen der Kopfhaut.

Nächst dem Schwefel-Opodeldok ordinirte L. sehr häufig den Theerschwefel-Opodeldok und den Theer-Opodeldok:

Rp. 60·0 Sapon. stearin., 40·0 Sapon. oleinic., 5·0 Natr. caust., 790·0 Spirit., 100·0 Pic. liquid., 5·0 Ol. Lavandul. (Da der Theer meist Säuren enthält, ist ein Zusatz von Natr. caust. nothwendig.)

Rp. 75·0 Sapon. stearin., 50·0 Sapon. olein., 10·0 Natr. caust., 50·0 Glycerin, 590·0 Spirit., 100·0 Pic. liquid., 20·0 Natr. sulfurat. puri, 100·0 Aqu., 5·0 Ol. Lavandul.

Beide Präparate wirkten intensiver, als Waschungen mit Theer und Theerschwefelseifen, als Einpinselungen mit reinem Theer, Tinct. Rusci, Theersalben etc., und fanden Verwendung bei Psoriasis, Prurigo, inveterirten Eczemen, Eczema marginat., Sycosis, Scabies. Besonders bei Prurigo trat der therapeutische Erfolg des Theerschwefel-Opodeldoks prompt ein.

Ein 1%iges Naphthol-Opodeldok that gute Dienste als Einreibung bei localen Hyperidrosen und Chromidrosen.

Die 5 und 10%igen Ichthyol-Opodeldoke wandte L. in einigen Fällen von Rosacea mit theilweise befriedigendem Erfolge an.

**Mazzoni.** Ueber die Anwendung des Jodols in der chirurg. Praxis. (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 43. 1885.)

Das Jodol wurde von Ciamician und Silber in Rom chemisch dargestellt und bildet ein gelbbraunes krystallinisches, geruch- und geschmackloses Pulver. Es ist in Wasser und Glycerin unlöslich, in Alkohol löslich. M. versuchte das Jodol in 200 Fällen in Salben- und Pulverform, in Suspensionen in Glycerin oder in verdünnten alkohol. Lösungen.

Bei venerischen Affectionen (Schanker, Bubo und Periadenitis) hatte das Jodol einen glänzenden Erfolg. Die Geschwüre gelangten rasch in das Reparationsstadium und die Ränder zeigten Neigung zur Uebernarbung. Ebenso gelangten die Adenitiden und Periadenitiden mit blossgelegten Drüsen auf Einpulverung mit dem Mittel rasch zur Heilung. Bei noch nicht incidirten Adenitiden wurde eine Art Abortivpunction mit nachfolgender Injection einer Jodol-Alkohol-Glycerinlösung (1 Gr. Jodol, 16 Gr. Alkohol und 34 Gr. Glycerin) mit bestem Erfolge cultivirt.



Nicht minder günstig wurden zum Gewebszerfall tendirende und atonische Geschwüre beeinflusst, so zwar, dass die Secretion nachliess, der Gewebszerfall aufhörte und das Geschwür zu granuliren anfing. Bei stark brandigen Geschwüren hatte M. ungünstige Erfolge. Günstige Resultate erzielte M. weiters bei Lupus und fungösen Gelenkserkrankungen. Wir haben nach M.'s Schilderung im Jodol ein Antisepticum, welches dem Jodoform gleich gesetzt werden kann.

(Ref. hat das Jodol wohl nur in einer kleinen Zahl von Fällen bis jetzt in Anwendung gezogen, war aber mit der Wirkung dieses Mittels sehr zufrieden. Nicht nur, dass es das Jodoform vollkommen ersetzte, es ist auch frei von dem intensiven und daher verrätherischen Geruch des letzteren. Ref. benützte das Jodol entweder in Pulverform oder in Form einer selbsterzeugten antiseptischen Gaze. Durch die Application der Jodolgaze gelang es ihm ein über kreuzergrosses gangränöses Geschwür der Glans und Vorhaut in 14 Tagen zur Reinigung und Ueberhäutung zu bringen.) Horovitz.

**Morrow.** Eine verbesserte Methode der Behandlung gewisser Hautkrankheiten. (The med. Record. März 1884.)

Morrow bespricht die Nachtheile gewisser älterer Heilmethoden und gibt sodann eine Uebersicht über die in den letzten Jahren vorgenommenen Versuche und neueingeführten Methoden, wirksame Heilmittel in bequemer Weise auf einzelne kranke Hautpartien zu bringen und die Wirkung der Medicamente dort zu localisiren. So werden die bekannten Methoden von Fox, Seseman, Pick, Unna, Mitchell, Auspitz, Besnier, Thin in ihrer Anwendung bei Psoriasis, Eczem etc. eingehend und an der Hand eigener Erfahrung auf ihren Werth geprüft, ihre Wirksamkeit bestätigt und als besondere Vortheile derselben: Abschluss von der Luft, Fixation des Medicaments und permanente Wirkung desselben, leichte gleichmässige Compression und Reinlichkeit der Verfahren hervorgehoben.

M. sieht in der Einführung der fixirenden Klebemittel einen grossen Fortschritt der Therapie, der sich bei gewissen Krankheiten (Psoriasis, Eczem) und Heilmitteln (Salicylsäure, Jodoform, Pyrogallussäure, Chrysarobin) bald allseitig bewähren wird.

**Stelwagon.** Die Oleate und ihr Gebrauch bei Hautkrankheiten. (Med. and Surg. Rep. März 1884.)

Nach einigen Erläuterungen über die Bereitung der Oleate





(Wolff) bespricht Stelwagon die Wirkung einzelner derselben bei Hautaffectionen.

Oleat. Aluminii. Gelblich, von plastischer Consistenz, etwas klebrig, besitzt adstringirende und leicht reizende Eigenschaften, ist bei stark secernirenden Affectionen empfehlenswerth (pustulöses Eczem der Kinder).

Oleat. Arsen. Röthlichgelb, fest, körnig, im Wasserbade schmelzend, unlöslich in Alkohol, löslich in Benzin, Gebrauch 1 : 6 (fett) bei ulcerösem Lupus und Epitheliom; wenig erfolgreich, als schwache Salbe bei Psoriasis.

Oleat. Bismuthi. Perlgrau, von Salbenconsistenz, in Fällen angezeigt, wo linde Salben indicirt sind (Dermatitis etc.).

Oleat. cupri. Dunkelgrün, körnig und solid, leicht ölig riechend, 1 : 2—6 (Vaseline), wirkt adstringirend, reizend und pilztödtend. Als 20% Salbe gegen Herpes tonsurans nicht besonders empfehlenswerth, stark schmutzend.

Oleat. ferri. Rothbraun, plastischer Consistenz, fettig riechend, löst sich in Benzin, wirkt adstringirend, wird zu gleichen Theilen mit Fett verwendet; kaum von Vortheil.

Oleat. plumbi. Gelblichweiss, spröde, sonst wie Bleipflaster, zu gleichen Theilen mit Vaseline als Salbe. Ersatz für Hebra's Salbe, lange Zeit unverändert bleibend, namentlich bei subacutem Eczem empfehlenswerth.

Oleat. hydrargyri. Gelblich, klebrig, von Salbenconsistenz, ölig riechend, verursacht auf gesunder Haut Röthung, selbst Dermatitis. Verwendung 1 : 1—3 (Fett), kann mit Vortheil an Stelle des ungt. hydrarg. cin. zu Einreibungen verwendet werden, wird schneller resorbirt, reizt aber die Haut mehr. Vorzüglich bei syphilitischen Ulcerationen an Stelle des Empl. hydrargyri, ferner bei Herpes tonsurans Capillitii; als Ersatz für rothen Präcipitat und Calomel.

Oleat. Zinci. Weisses trockenes Pulver, in Oel löslich, statt Oxyd Zinci verwendbar als Streupulver oder Salbe, bei Eczem, Acne als Toilettepulver etc.

Ferner wurden die Oleate von Zinn, Antimon, Nickel, Cadmium versucht, jedoch ohne therapeutische Wirkung befunden. Die wirksamen Oleate der Alkaloide finden in der Dermatologie keine Verwendung.

Im Allgemeinen sind empfehlenswerth die Oleate von Quecksilber, Zink, Blei und Wismuth. Riehl.



## **Einfache** (oberflächliche und tiefgreifende oder phlegmonöse A.) **Hautentzündungen.**

**Stelwagon.** Ein Fall von Phthiriasis palpebrarum. (Arch. of Dermat. Juli 1881.)

Bei einem etwas anämischen 11jährigen Mädchen sah St. eine eczemähnliche Erkrankung an den Kanten der Augenlider. Es fanden sich mit Krusten und Schuppen belegte Stellen neben normal aussehenden. Bei genauerer Untersuchung konnte man an den Wimpern kleine transparente Körperchen — Nisse — und mit Zuhilfenahme einer Linse einige kleine Pediculi sehen, welche fest am Lidrand sassen. Die Morpiones fanden sich an den oberen und unteren Lidern beider Augen, aber sonst nirgends am ganzen Körper. Das Kind litt seit 2 Monaten an diesen Erscheinungen und stammte aus einer reinlichen Familie; an keinem Mitgliede derselben konnten Pediculi pubis aufgefunden werden.

St. weist auf die Möglichkeit einer Verwechslung mit Blepharitis und darauf hin, dass die rostfarbenen Excremente, die sich hauptsächlich an den unteren Lidern finden, in solchen Fällen zunächst auf die Anwesenheit der Pediculi aufmerksam machen.

**Stelwagon.** Solutio Vlemingkx gegen acne rosacea. (Medical News. Juli 1883.)

Unter den zahlreichen, bei Acne rosacea geringerer Intensität verwendbaren äusseren Mitteln fand St. die Solut. Vlemingkx (nach Schneider's Vorschrift bereitet) als eines der am häufigsten erfolgreichen.

St. liess das Mittel in Verdünnung von 1 Thl. Sol. Vlemingkx zu 5 Theilen Wasser allabendlich auf die gerötheten Partien für einige Minuten auftragen. Von zehn zu zehn Tagen wird die Lösung etwas mehr concentrirt verabreicht bis zum Verhältniss 1 : 3.

Im Laufe von circa 3 Monaten waren bei einer Anzahl von Kranken (St. berichtet ausführlich über 3 Fälle) die Erscheinungen so weit gebessert, dass die Kranken von ihrem Aussehen befriedigt, sich weiterhin nicht mehr vorstellten.

Bei Anwesenheit auffallender Gefässerweiterungen wendete St. nebstbei auch Scarification an.





Die nach Application der Sol. Vl. jedesmal auftretende Exfoliation der Epidermis ist bei Verdünnung von 1 : 5 ganz geringfügig; zur Erzielung des Heileffectes reicht diese Concentration meistens aus.

Bei Formen mit Verdickung der erkrankten Hautpartien hat St. Sol. Vlemingkx nie verwendet, erwartet auch davon keinen Effect.

St. will das Mittel nicht als Specificum gegen Acne rosacea, wohl aber als ein in vielen Fällen mittl. Intensität sehr wirksames Heilmittel empfehlen. Riehl.

**Dickerhoff** und **Grawitz**. Die Acne contagiosa des Pferdes und ihre Aetiologie. (Virchow's Arch. Bd. 102. Heft 1.)

Dickerhoff und Grawitz haben über die von ihnen acne contagiosa genannten „englischen Pocken" der Pferde, eine Arbeit veröffentlicht, deren bacteriologischer Theil besondere Beachtung verdient. Die acne contagiosa (es handelt sich nicht nur um perifolliculitides, sondern auch um kleine Abscesse über und zwischen Haarbälgen und Balgdrüsen; die Autoren meinen, bei der Acne hominis werde es wohl ähnlich sein) charakterisirt sich im Allgemeinen als eine in multiplen Heerden auftretende Pustelbildung der Haut, deren Eruption sich in der Regel auf die Sattelstelle des Rückens beschränkt, weil durch die Schabracken, die bei kranken Pferden benutzt waren, die Infection vermittelt wird. Meist nur ein lästiges Leiden der Haut, dringt die Acne cont. zuweilen in die Subcutis, wodurch sie schmerzhafter, die Eiterung reichlicher, der sonst einige Wochen dauernde Process etwas langwieriger wird. Die bacteriologische Untersuchung erweist in den Eiterborken kurze Bacillen und kleine Coccen, deren Reinculturen, in wenigen Tropfen in die Haut eingerieben, bei Pferd, Kalb, Schaf, Hund, Kaninchen ein dem ursprünglichen Leiden analoges Exanthem hervorrufen. Aber andere Resultate treten aus dem Rahmen der bekannten Erfahrungen heraus. Wir fassen dieselben, des etwas abseits liegenden Thema's halber, in wenigen Worten (der Verfasser) zusammen: der in Rede stehende Bacillus erweist sich als Acneerzeuger nur bei äusserer Einreibung auf intacte Haut bei Pferd, Kalb, Schaf, Hund und Kaninchen; bei subcutaner Injection erfolgt je nach der Menge eine erysipelartige Schwellung, Blutungen, Mortification der Haut und Fascie, allgemeine Intoxication, d. h. der Tod durch giftige chemische Substanz, wobei die Section alle inneren Organe bacterienfrei erweist. — Gegenüber jener Gruppe grösserer Thiere



stehen Meerschweinchen und Mäuse. Die Application der Bacillen auf die unverletzte Haut bringt bei Meerschweinchen in der Regel hämorrhagische, erysipelatöse Schwellung der Subcutis und unter toxischen Erscheinungen den Tod nach 48 Stunden hervor. Bei Mäusen erweist sich die Haut völlig refractär. Bei subcutaner Injection wird bei Meerschweinchen die Intoxication noch acuter; bei grauen Mäusen erfolgt der Tod unter pyämischen Erscheinungen; alle Abscesse der inneren Organe zeigen sich angefüllt mit Bacillenschwärmen. Caspary.

**Altounyan.** Aleppo-Beule. (Journ. of cut. and ven. diseases. III. 6. 1885.)

Vf. definirt die Aleppobeule als eine chronische, endemische, schmerzlose Hauterkrankung, die in der Form von Knoten einzeln, oder an mehreren Stellen des Körpers auftritt. Diese Knoten machen eine Reihe von Veränderungen durch, erweichen, zerfallen, bedecken sich mit Krusten, unter welchen sie vernarben. Selten befällt die Erkrankung dasselbe Individuum ein zweites Mal. Die Aetiologie der auf bestimmte Bezirke localisirten Erkrankung ist nicht bekannt. Kinder werden vorwiegend befallen, doch meist erst im Alter von einem Jahre an. Obwohl Fremde und Eingeborene zur Zeit des Herrschens der Endemie für dieselbe sehr disponirt sind, so überwiegt doch die Disposition der letzteren. Ueber die Natur der Aleppobeule sind die Ansichten divergent. A. polemisirt gegen Geber, der sie als Form der Scrophulose und des Lupus ansehen wollte; die Eingeborenen schieben die Schuld an der Erkrankung dem Wasser zu, doch haben Untersuchungen desselben in keiner Weise Resultate ergeben. Auf A. machten viele Fälle den Eindruck, als seien sie durch Insectenbiss entstanden. Die Erkrankung entwickelt sich in der Regel im Herbst, zur Zeit also, wo die meisten Insecten zur Entwicklung gelangen; ferner spricht dafür der endemische Charakter der Krankheit, die Unmöglichkeit deren Uebertragung auf andere, die Entwicklung an den unbedeckt getragenen Hautpartien, in deren obersten Schichten der häufige Beginn mit der Empfindung eines Stiches oder Bisses sich einleitet.

Die Erkrankung sitzt im Corium, von wo sie sich oft bis in das subcutane Gewebe ausdehnt. Sie besteht in einer dichten, kleinzelligen Infiltration, die gegen das Gesunde scharf absetzt. Haarfollikel und Hautdrüsen bieten keine auffälligen Veränderungen. Die





Erkrankung beginnt, unabhängig von den Haarfollikeln mit einem Knötchen, das einem Mosquitostiche oder einer Acne ähnlich sieht, von rother bei Druck erblassender Farbe. Es verbleibt mehrere Wochen auf diesem Stadium, worauf dann langsam Infection, Grösse und Schwellung desselben zunehmen, die Basis tiefer ins Gewebe dringt, an Breite zunimmt. Das Knötchen bleibt äusserlich glatt, glänzend, teigig. In dem Masse als es weiter wächst, nimmt es eine livide Farbe an, die venöser Hyperämie ihren Ursprung verdankt. Schmerz und Allgemeinsymptome fehlen. Manchmal stellt sich heftiges Jucken ein. Die mittlere Partie des Knötchens erweicht, es sammelt sich blutig-eitrige Flüssigkeit an, die auf der Kuppe des Knötchens entleert wird und hier eine braune Borke bildet. Diese vergrössert sich durch fortschreitenden Zerfall und bedeckt bald das ganze Infiltrat. Die Borke haftet ihrer Unterlage fest an, ist mehr weniger conisch, austerschalenähnlich. Entfernt man die Borke, so findet man ein flach muldenförmiges Geschwür mit fungösem Boden, zackigen Rändern. Unter der Borke beginnt nun langsam, von der Mitte aus gegen den Rand fortschreitend, die Verheilung, bis nach Hinterlassung einer schuppigen Narbe, die bald glatt und der übrigen Haut ähnlich wird, der Process abgeschlossen ist. Die Grösse eines gut entwickelten Knotens erreicht nicht selten 1—2 Zoll Durchmesser, der Verlauf dehnt sich manchmal über ein Jahr und länger aus, was von der Grösse des Knotens und von der Ernährung des Patienten abhängt. Acute, vereiternde; sowie chronische, indurative Drüsenschwellungen begleiten manchmal den Process. Die Schrumpfung der Narbe ruft an manchen Stellen unangenehme Verziehungen und Entstellungen hervor. Sitz des Knotens sind meist frei getragene Hautstellen, Gesicht, Wange, Nase, Augenlider, aber auch die Extremitäten. Auf den Handtellern, Fusssohlen, und der Mundschleimhaut wurde er noch nicht beobachtet. Uebertragung durch Impfung des Eiters ist A. nicht gelungen. Es entstanden durch dieselbe höchstens rasch zerfallende, bald heilende Geschwüre und eines der geimpften Individuen wurde nach Jahresfrist wirklich von einer Aleppobeule befallen. Ebenso misslang Uebertragung auf Thiere. Die Therapie muss, da der Verlauf durch ungünstige Allgemeinverhältnisse stets sehr verschleppt wird, zunächst eine allgemeine tonisirende sein. Bei Symptomen von Scrophulose oder Rhachitis Leberthran, sonst Arsenik und Eisen. Oertlich empfiehlt sich, so lange nur das Initialknötchen besteht, dessen Zerstörung durch Caustica. Nach operativer Entfernung wurden



Recidive an Ort und Stelle beobachtet. Ist der Knoten bereits grösser, empfiehlt sich Sublimat und Kupfersulfat örtlich in Pastenform oder Jodtinctur. Finger.

**Stoquart.** Ueber die Behandlung des Eczems und der Impetigo bei Kindern durch innerlichen Gebrauch von Chrysarobin. (Monatsh. f. prakt. Dermat. Nr. I. 1886.)

Im Anschlusse an eine schon vor 2 Jahren veröffentlichte Arbeit über diesen Gegenstand macht St. Mittheilung von 8 neuen Fällen. Es handelte sich um Pustel- und Krusteneczeme im Gesichte, auf der Kopfhaut und um universelle acute Eczeme. S. ordinirte Chrysarobin in Mixtur in der Dose von 0·5 cgr. bis 1·5 cgr. pro die. Auffällig ist die rasche, schon nach einigen Tagen wahrgenommene Heilwirkung. St. glaubt, dass die pharmacodynamische Wirkung des Chrysarobins von seiner gefässverengernden Eigenschaft abzuleiten wäre. Horovitz.

**Lewis.** Die Behandlung des Erysipels. (Journ. of cut. and ven. diseases. N. V. Sept. 1885.)

Der wahrscheinlich malariaartige Ursprung des Erysipels (das häufige Vorkommen des Erysipels in Malariagegenden) indicirt zunächst den Gebrauch von Chinin innerlich, das schon von mehreren Seiten empfohlen und von Dr. Roggers zusammen mit Eisenchlorid verwendet, als „Abortivmittel gegen Erysipel" bezeichnet wurde.

Die äusserliche Medication verdient nebstbei unsere Aufmerksamkeit. Die in circa 90% der Fälle verwendeten Blei- und Opiumverbandwässer wirken nicht besser als klares Wasser.

Das von Dr. Jakobi empfohlene Mittel (Acid. carbolic. 1·0 : Acid. oleinic. 8·0 rings um das Erysipel jede Viertelstunde einzureiben) verursacht starke Reizung und ist, im Gesichte angewendet, wegen des Geruchs unangenehm. Besser wirkt ein Anstrich mit Collodium, der comprimirend wirkt. R. Barwell hat ein Verfahren beschrieben und empfohlen, das im Bestreichen der erysipelatösen Flächen mit weisser Bleifarbe besteht. Bei idiopathischem und Wunderysipel soll dieses Verfahren gleich erfolgreich sein. Die käufliche weisse Farbe ist meist zu zähflüssig und muss mit etwas „Dryer" (Siccativ?), einer Lösung von Harz in Leinöl verdünnt werden. Die Wirkung ist nach L.'s Versuchen eine überraschend schnelle.

Riehl.



**Kühnast.** Zur Behandlung des Erysipels. (Centralbl. f. Chir. Nr. 9. 1885.)

Um gegen das Erysipel in rationeller Weise antiseptisch vorgehen zu können, machte K. auf der erysipelatösen Haut eine grosse Zahl, etwa 15—20 punktförmige und bis 1 Cm. lange, bis in die Lederhaut dringende Scarificationen mit einem kleinen Messerchen und berieselte hierauf die scarificirte Fläche mit 5% Carbolsäure. Die Scarificationen sollen besonders an den Grenzen und bis in das scheinbar gesunde Terrain dicht und ausgiebig gemacht werden. Hierauf wird das Operationsfeld gut massirt und in Carbolcompressen verbunden. Schon nach einigen Stunden tritt Abblassung und nach einem rasch vorübergehenden Temperaturanstieg Herabsinken der Temperatur ein. An 3 Fällen der Kraske'schen Klinik in Freiburg i. Br. wurden durch dieses Verfahren vortreffliche Resultate erzielt.

**Hofmokl.** Zur Behandlung des Erysipels und der Lymphangioitis. (Wiener med. Presse Nr. 11. 1886.)

Von der Ansicht ausgehend, dass die Infectionskeime bei Erysipel und Lymphangioitis im Anfange der Erkrankung in den obersten Lymphbahnen sich befinden, lässt H. immer diese Stellen gut reinigen und durch 4—5 Minuten mit 5% Carbolwasser waschen. Wenn das Erysipel aber schon grössere Flächen bedeckt, schon einige Tage besteht und man es mit einer etwas derberen Hautdecke zu thun hat, dann wird eine in 3%—5% Carbolwasser getauchte Compresse, nachdem sie ausgewunden wurde, über die kranke Stelle gelegt und darüber ein Leinenverband applicirt. Der Verband bleibt 24 Stunden liegen. Bei Kindern mit zarter Haut genügt ein Verband von 2%—3% Carbolwasser. Die Heilung tritt prompt ohne Abscessbildung ein und H. hält daher die Scarification für überflüssig. Je besser der Verband anliegt, um so sicherer ist der Erfolg der Behandlung.

Horovitz.

## Angioneurosen der Haut (Dermatosen mit vorwaltend ausgeprägter Störung des Gefässtonus A.).

**Molènes-Mahon.** Ueber das Erythema multiforme. (Hebra.) (Paris 1884.)

Unter dem Titel: „Contribution à l'étude des maladies infectieuses" bespricht M. M. das Erythema multiforme in allen seinen



variablen Formen und legt namentlich auf die Allgemeinerscheinungen, welche den Ausbruch mancher Erytheme einleiten, besonderes Gewicht. Ebenso wird speciell auf die manchmal beobachteten schweren Organerkrankungen, die zugleich mit Erythemformen an der Haut verlaufen, hingewiesen.

M. M. versucht nun an der Hand einer Reihe von mehr minder ausführlich beobachteten und beschriebenen Fällen, von welchen eine Anzahl anderwärts noch nicht veröffentlicht ist, den Nachweis zu erbringen, dass das Erythema multiforme als Infectionskrankheit aufzufassen sei.

Es ist an dieser Stelle nicht möglich, auf die Details der sehr ausführlichen Arbeit einzugehen und es muss bezüglich der bemerkenswerthen Beobachtungen und der speciellen Beurtheilung derselben durch den Autor auf die Monographie selbst verwiesen werden.

Es sollen hier nur die Schlussresultate des Verfassers angeführt werden.

1. Das Erythema multiforme — zuerst von Hebra beschrieben — charakterisirt sich durch die wohlbekannten Erscheinungen an der Haut und durch Störungen des Allgemeinbefindens verbunden mit Organ-Erkrankungen, auf welche bisher von den Autoren zu wenig Rücksicht genommen wurde.

2. Die Hautaffectionen umfassen ausser den verschiedenen Erythemformen, das Eryth. nodosum, den Herpes iris, die Hydroa und den acuten Pemphigus (?), welche nur mit Knoten-, Blasen- und Bläschenbildung einhergehende Formen des Eryth. multiforme darstellen.

3. Die Störungen des Allgemeinbefindens sind dieselben, welche man bei den acuten Exanthemen beobachtet, manchmal kaum angedeutet, manchmal schwer. Die häufigen Organ-Erkrankungen sind: Angina, Broncho-Pneumonie, Endocarditis, Pericarditis, Nephritis und Pseudorheumatismus.

4. Das Eryth. polymorphe kommt häufiger beim weiblichen Geschlechte als bei Männern, hauptsächlich im Frühling und Herbst, am häufigsten bei überangestrengten oder aus irgend anderer Ursache geschwächten Individuen vor. Menstruationsanomalien, Krankheiten der Sexual- und Harnorgane scheinen Prädisposition zu schaffen.

5. Für die Mehrzahl französischer Autoren gilt das Eryth. pol. als Folge des Arthritismus, für einzelne deutsche Forscher als Angioneurose. M. erklärt eine grosse Zahl von Erythemfällen für abhängig



von einer nicht näher definirbaren Infection und nennt diese Formen Eryth. polymorph infectieux.

Alle diese Ergebnisse resultiren aus klinischer Beobachtung und theoretischer Erwägung; den exacten Nachweis seiner Annahmen nach heute geltenden Anschauungen zu erbringen, hat M. M. nicht versucht: „Da ich über die Technik der Bacterienforschung noch keine genügende Erfahrung gewonnen habe, muss ich berufeneren Experimentatoren die Sorge überlassen, den Mikroorganismus des Eryth. m. zu suchen und zu züchten.“ Wenn der Autor durch die Mittheilung seiner — wohl nicht ganz neuen — Ansicht die herrschende Confusion, das „pathologische Chaos“ in dieser Frage auch nicht wesentlich geklärt hat, bietet die Arbeit immerhin an klinischen Beobachtungen etc. sehr Beachtenswerthes.

**Brocq.** Desquamatives scharlachähnliches Erythem. (Journ. of cut. and ven. diseases. Aug. 1885.)

Das desquamative Erythem ist charakterisirt durch ein Initialstadium mit ausgesprochenem Fieber, ähnlich wie bei Scharlach; durch intensive Röthung fast der ganzen Hautoberfläche mit folgender lamellöser Desquamation und Heilung in 3—6 Wochen. Die Krankheit ist nicht contagiös. Besnier und Féréol, von welchen die Bezeichnung herrührt, fügen ihr das Epitheton „recidivirend“ bei, weil häufig neuerliche, schwächere Erythemausbrüche 3 und 4mal hintereinander erfolgen.

Das Prodromalstadium dauert 2—4 Tage und ist durch allgemeine Schwäche etc., hauptsächlich aber durch Fieber ausgezeichnet; man findet am 4. bis 5. Tage noch 38—39° Temp. bei 100—110 Pulsschlägen keine Diarrhöe. Der Ausbruch des Erythems erfolgt entweder in Form kleiner, rother, juckender, flacher Knötchen, oder in Form grösserer, rother Flecken von einiger Prominenz. Diese Efflorescenzen wachsen rapid und confluiren; das Jucken kann dabei sehr intensiv sein, nimmt aber rasch ab, wenn die Röthung allgemein wird. Der Ausgangspunkt der Röthung ist inconstant meist von den Oberschenkeln her. Binnen 24 Stunden ist gewöhnlich die ganze Körperoberfläche befallen, selten braucht dies 5—6 Tage.

Kopf, Hände und Füsse werden zuletzt befallen, der erstere kann sogar frei bleiben.



Die Röthung ist gleichmässig, nur an einzelnen Punkten heller oder dunkler.

Unter dem Fingerdrucke schwindet die Röthung, die Stelle ist leicht gelblich. Anfangs sieht die Haut leicht geschwellt aus, später merkt man nur beim Aufheben einer Falte leichte Verdickung.

Nach 3 bis längstens 10 Tagen beginnt die Desquamation und zwar, wenn das Exanthem nach und nach aufgetreten war, in derselben Reihenfolge wie die Eruption, in Form grösserer, unregelmässiger, sehr dünner und trockener Fetzen. Die Abschuppung ist dabei so massig, dass die Kranken des Morgens ganze Hände voll Epidermislamellen im Bette finden. Nebenbei sieht man auch kleiige Abschilferung an manchen Stellen (behaarte Theile). Besonders grosse Lamellen liefern Hände und Füsse.

Die Schleimhaut der Zunge und des Rachens sowie die Bindehaut wurde in einigen Fällen leicht katarrhalisch afficirt gefunden.

In einzelnen Fällen sah man Miliaria oder Herpes facialis auftreten; fast immer klagen die Kranken über Trockenheit der Haut. Bei Beginn der Desquamation kein Fieber, keine Allgemeinsymptome. Harn eiweiss- und zuckerfrei.

Die Desquamation dauert in der ursprünglichen Intensität ca. 1 Woche, nimmt dann allmählich ab, bis sie nach 1—4 Wochen, durchschnittlich nach 16—18 Tagen, völlig sistirt. Die Nägel zeigen am längsten die Spuren der Desquamationsperiode in Form mehr minder tiefer Furchen, welche später durch den nachwachsenden Nagel nach vorne geschoben und bei eventueller Recidive des Erythems von weiteren gefolgt sein können. Die Haare fallen nur ausnahmsweise aus. Nagelabfall wurde nur einmal beobachtet.

Die Tendenz zur Recidive ist für den Process charakteristisch. Monate, selbst Jahre nach dem ersten Anfall erfolgt ein zweiter, leichterer, der dann bald von einem dritten und vierten kürzer (14 Tage) dauernden gefolgt sein kann. Letztere Recidiven erscheinen oft so rasch nacheinander, dass sie fast ohne Unterbrechung sich anschliessen. Féréol beobachtete eine achte Recidive. Die Anatomie dieser Krankheit ist unbekannt, die Aetiologie noch dunkel. Im Ganzen ist die Krankheit selten. B. konnte nur 14 sichere Fälle ermitteln.

Die Krankheit, welche manche Aehnlichkeit mit Erysipel, Psoriasis, Pityriasis rubra etc. aufweisen kann, ist von Scarlatina



durch den Mangel an Complicationen, die reichliche Desquamation und durch die Neigung zu Recidiven leicht zu unterscheiden. Die Prognose ist günstig, nur die Möglichkeit vieler Recidiven ist bedenklich. Die Therapie richtet sich gegen die einzelnen subjectiv belästigenden Symptome. Riehl.

**Vanni.** Ueber verschiedene erythematöse und papulöse Exantheme nach dem Gebrauch harziger Stoffe. (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. Juli. August 1883.)

A. B., 18jähriger Erdarbeiter, wurde wegen Intermittens am 14. März an der Klinik von Federici in Florenz aufgenommen. Von derselben geheilt, zog er sich eine Bronchitis zu, gegen die ihm Acid. benzoic. 0·1 pro die gereicht wurde. Am Abend des vierten Tages der Darreichung klagte Pat. über heftiges Brennen und Jucken der Bauchhaut. Die Untersuchung zeigte, dass die Haut des Stammes bedeckt war mit Flecken von blaurother Farbe, unregelmässiger Form und Grösse, die mit lebhaft rothen Knötchen von Hirsekorngrösse abwechselten. Letztere theils isolirt, theils zu Plaques zusammengedrängt. Am nächsten Tage zeigten sich solche Knötchen auch an der Innenfläche der Unterschenkel. Berührung und Kratzen der Haut ist von heftigem Schmerz gefolgt. Nach Aussetzen des Acid. benzoicum schwand die Eruption im Verlauf von 4 Tagen. V. stellt nun gegenüber den durch Malaria und Chinin hervorgerufenen Formen die Differential-Diagnose und kommt zum Schlusse, es habe sich um ein durch Benzoesäure bedingtes Exanthem gehandelt.

Finger.

**M. Bauer** (Wien). Ueber Antiseptik beim Impfen. (Mitth. d. Wiener med. Doctoren-Collegiums. 1885.)

Seit Einführung der animalen Vaccination kann die einzige beim Impfact zu befürchtende Gefahr für die Impflinge nur mehr in secundären, durch Infection der Impfwunde während oder nach der Vaccination herbeigeführten Wundinfectionen liegen. Ist durch ein sorgfältiges antiseptisches Vorgehen, welches nicht blos den Impfact an und für sich, sondern auch die Entnahme der Lymphe von dem Vaccineträger und den ganzen Verlauf der Vaccinekrankheit bei den Geimpften zu begleiten hat, die Möglichkeit eines secundären Eindringens fremder — nicht dem Vaccinevirus angehöriger Keime aus-



geschlossen, so steht mit Sicherheit zu erwarten, dass die so unangenehmen und gefürchteten Complicationen der Vaccination, insbesondere aber das Impferysipel vom Schauplatze verschwinden werden.

Folgende Punkte sind daher bei jeder Impfung zu beachten: 1. Sorgfältige Waschung und Desinfection der Kalbspusteln bei Entnahme der Vaccinelymphe. 2. Sterilisirung der Lymphbehälter. 3. Desinfection der bei der Impfung nothwendigen Instrumente. Als Impflanzette empfiehlt B. eine Art Spatelchen mit 1 Mm. breiter Schneide, gut abgestumpften Seitenrändern, einer 4 Mm. breiten, ovalen Verreibungsfläche, welches gut vernickelt und ohne Fugen und Riffe ist, runde Excoriationen macht und der aufgetragenen Lymphe eine grössere Vertheilungsfläche bietet. 4. Antiseptische Waschung des zu impfenden Armes des Impflings. 5. Ocelusionsverband der Impfstelle mit einfacher Watte und Calicotbinden. 6. Erste Controle der Impfung am 6. Tage mit Verbandwechsel. 7. Bei nässenden Impfpusteln, Verband mit Gazestoff, welcher mit einem Streupulver aus Zinc. oxyd. 2., Acid. salicyl. 0·20 und Alum. plum. 10·0 besteht. 8. Wiederholte Controlirung des ersteren Verlaufes bei beständig anzuwendenden Deckverbande bis zum völligen Ablaufe des Decrustationsprocesses.

Verf. empfiehlt ferner nur an einem Arme zu impfen, wobei vier Impfstiche in zwei Reihen zu setzen wären. Hochsinger.

**Eichstedt.** Ueber die auf Rügen in Folge der Pockenimpfung im Sommer 1885 aufgetretene Krankheit. (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 44. 1885.)

Eichstedt berichtet über eine ansteckende Hautkrankheit, die sich im Sommer 1885 auf Rügen in Folge von Pockenimpfung entwickelt und daselbst wie auch auswärts begreifliches Aufsehen gemacht hatte. Der Impfarzt auf Wiltow in Rügen hatte sich aus Stettin von einem nachweislich gesunden Kinde Lymphe kommen lassen, der Thymol zugesetzt war und die an Ort und Stelle noch mit Glycerin weiter verdünnt wurde. Mit dieser verdünnten Lymphe wurden 79 Erstimpflinge geimpft, von denen 76 in der gleich zu beschreibenden Weise erkrankten. Durch diese fand weitere Ansteckung statt, so dass im Ganzen über 320 Personen von der Krankheit befallen wurden. Der Verlauf war folgender: Zwischen dem 11. und 14. Tage nach der erfolgreichen und normal verlaufenden Impfung, entstanden



in der Nähe der Impfpocken auf nicht gerötheter Grundfläche kleine Bläschen, die sich rasch zu erbsengrossen und noch grösseren Blasen vergrösserten. Der Inhalt derselben vertrocknete bald zu dünnen, von keinem oder geringen Hofe umgebenen Borken, die in 2—4 Wochen abfallend, einen intensiv rothen, nicht schuppenden, nach wenigen Wochen vollständig verschwindenden Fleck hinterliessen. Dasselbe geschah bei Eitrigwerden der Blasen. Das vielleicht anfangs vorhandene Fieber schwand jedenfalls bald, Jucken und Schmerzen waren nicht oder kaum vorhanden. Bald nach dem Auftreten der Blasen in der Nähe der Impfpocken traten namentlich an der Streckseite der Arme, am Rücken der Hände, Gesicht, Nackengegend, Ohren weitere Efflorescenzen auf. Ferner am behaarten Kopfe; am Rumpfe, besonders an Kreuzgegend und Hinterbacken, an der Streckseite von Ober- und Unterschenkeln und am Fussrücken; nur ausnahmsweise an den Beugeseiten. Von Lymphdrüsen waren bei stärkerer Affection des Gesichtes einige sublingualen, bei solcher des Nackens, Ohres, Capillitiums selten einige Halsdrüsen geschwellt, immer nur für kurze Zeit. Die einzelnen Efflorescenzen machten ihren Verlauf in 4 bis 6 Wochen durch; durch Nachschübe dauerte die Krankheit in manchen Fällen mehrere Monate, stets ohne Nachtheil für die Constitution. — Zweifellos war die Krankheit ansteckend und das Contagium ein fixes, da nur bei einiger Berührung Ansteckung stattfand. Diese erfolgte leichter auf Kinder als auf Erwachsene, bei welchen letzteren auch die Ausdehnung des Ausschlags geringer wurde. Die Ansteckung erfolgte um so leichter, das Auftreten der Krankheit war um so heftiger, je enger die Familienglieder zusammenwohnten, je weniger der Luft freier Zutritt gestattet, je grösser die Unreinlichkeit war. — E. erklärt die Krankheit für Impetigo contagiosa; Pilzelemente könnte er nicht nachweisen. Er vermuthet, dass durch das zugesetzte Glycerin (das bekanntlich als Nebenprodukt bei Seifensiedereien, in denen alle möglichen Abfälle von gesunden und kranken Thieren verwendet werden) ein Ansteckungsstoff in die Lymphe gekommen sei.

Caspary.

## **Neuritische** (durch Erkrankung sensibler Nervenelemente bedingte A.) **Dermatosen und Idioneurosen der Haut.**

**Bloch.** Ueber einen Fall von Herpes zoster femoralis im Verlaufe einer Tetanie. (Wiener med. Blätter. Nr. 2. 1886.)



B. berichtet über einen Fall von Herpes zoster längs der Hautäste des N. femoralis sinister, bei einem jugendlichen, früher stets gesunden Individuum, das kurze Zeit vor der Herpesproruption an Tetanie erkrankte, die mit dem Ausbruche des Exanthemes an Intensität und Extensität zunahm und auf der Höhe desselben sich zur Tetanie III. Grades, im Sinne Trousseau's gesteigert hatte und gradatim in der Weise abnahm, als der Herpes schwand.

B. wirft die Frage auf, ob beide Processe ein- und dieselbe anatomische Grundlage haben, oder ob ihr gleichzeitiges Auftreten nur eine Coincidenz nicht causaler Natur sei; entscheidet dieselbe aber nicht definitiv. B. glaubt jedoch annehmen zu dürfen, dass dieselbe anatomisch bis jetzt noch nicht genau bekannte Veränderung im Centralnervensystem, welche die Ursache der Tetanie ist, auch im Stande sei, den Herpes zoster, der allseitig als Dermatoneurose aufgefasst wird, zu erzeugen. Dass die Tetanie nicht reflectorisch durch die Herpesneuralgie hervorgerufen werde, dafür spricht der Umstand, dass jene vor Ausbruch des Exanthems da war. Horovitz.

**Cavini.** Herpetismus und trophische Störungen. (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. Juli. August. 1885.)

Ohne sich in den Streit über die Existenz einer herpetischen Diathese einlassen zu wollen, nennt der Autor alle jene Punkte, welche zur Annahme derselben führten. Es sind diese: 1. Die Heredität gewisser Formen. 2. Das häufige Recidiviren derselben. 3. Die Verbreitung über den ganzen Körper. 4. Die symmetrische Vertheilung. 5. Die Hartnäckigkeit gegen blos örtliche, die Heilbarkeit unter Allgemeinbehandlung.

Verf. lässt nun die gegen diese Sätze bisher gerichteten Bedenken Revue passiren, bespricht eingehend die Kritik, die Orsi an denselben übte, kommt hierauf auf die trophischen Störungen zu sprechen, hebt hervor, dass diese bei vielen Hautkrankheiten gefunden werden, bespricht eingehend die einschlägige Litteratur und kommt zum Schlusse, die bisher als herpetische Diathese aufgefassten Erkrankungen seien trophischer Natur und

1. Die hereditäre Uebertragbarkeit derselben erkläre sich aus der Leichtigkeit, mit der eben nervöse Störungen vererbt werden.

2. Die Leichtigkeit des Recidivirens stehe im Einklang mit der Schwierigkeit der vollständigen Heilung von Rückenmarkskrankheiten.



3. Die Leichtigkeit der Verbreitung erklärt sich daraus, dass die Ursache der Erkrankung ausserhalb des krankhaften Bezirkes sitze und die grössere oder geringere Ausdehnung regele.

4. Auch das symmetrische Auftreten erklärt sich aus der Erkrankung des Centralorgans.

5. Aus der Erkrankung des Centralorgans erklärt sich auch der Misserfolg örtlicher, der Erfolg allgemeiner Behandlung.

6. Aus dem wechselnden Sitz erklärt sich die Vielheit der Formen.

7. Für die trophische Natur sprechen nervöse Begleiterscheinungen, Neuralgien etc. Finger.

## **Stauungs-Dermatosen** (Dermatosen mit **vorwaltender passiver** Circulationsstörung A.).

**v. Hebra.** Die Elephantiasis Arabum. (Sep.-Abdr. a. d. Wiener Klinik. Wien und Leipzig 1885.)

Der Autor bespricht in dieser Monographie in übersichtlicher und anschaulicher Weise dieses interessante Krankheitsbild. In dem Capitel Aetiologie wird in eingehender Weise der Chylurie und der Filaria sanguinis gedacht, im Capitel Anatomie wird „dargethan", dass es sich bei Elephantiasis Arabum nicht nur um eine Vermehrung des bereits präexistenten Gewebes an der ihm zugehörigen Stelle, sondern um eine Neubildung von Fasern aus ausgetretenen Exsudationszellen mit dem Charakter von Embryonalzellen handelt — und ferner sieht man, dass durch das Wachsthum des Bindegewebes alle übrigen Gewebe in ihrer Entwickelung gehindert werden, dass sie später mehr und mehr atrophiren, endlich vollkommen schwinden, und dass der von ihnen occupirte Raum schliesslich auch durch Bindegewebszüge angefüllt wird. Wer sich über die modernen Anschauungen der Elephantiasis Arabum unterrichten will, wird dieses Büchlein mit Befriedigung und Interesse lesen. v. Zeissl.

## **Hämorrhagische Dermatosen** (mit vorwaltender Blutung in das Hautorgan, ohne entzündliche Wallung oder locale Stase).

**v. Kogerer.** Zur Entstehung der Hauthämorrhagien. (Zeitschr. f. klin. Medicin. Bd. X. Heft 3.)

Im Verlaufe verschiedener acuter und chronischer Krankheiten kommen Blutaustritte an der Haut zum Vorschein. Es sind dies meist schwere, zu Kachexie und zum letalen Ende führende Formen, am





häufigsten Carcinom, Lungentuberculose, Herzfehler, Nierenleiden, Leukämie, Septikämie, Marasmus senilis, von acuten Krankheiten Pneunomie, Endo- und Pericarditis u. Peritonitis.

In derartigen Fällen treten wenige Tage oder auch kurze Zeit vor dem Tode an Stamm und Extremitäten in unregelmässiger Weise angeordnete Hämorrhagien auf, die meist nur geringe Ausdehnung besitzen und als Petechiae, Vibices und Ecchymosen zu bezeichnen sind.

Bei langdauernden Erkrankungen sieht man dieselben abblassen und verschwinden, während an anderen Stellen neue Efflorescenzen auftreten.

Die Bedeutung und Entstehungsweise dieser Form der Hauthämorrhagie hat v. K. zum Gegenstande seines Studiums gemacht.

In der Litteratur erscheint das Vorkommen spec. dieser Formen von Purpura wenig berücksichtigt (Purpura Cachecticorum) und über die Entstehung der Hauthämorrhagien überhaupt sind erst in den letzten Jahren eingehendere Untersuchungen angestellt worden, die indess zu keinem einheitlichen Resultate geführt haben.

v. K. bespricht die über das Zustandekommen der Hauthämorrhagien bestehenden Ansichten, gibt eine kurze Analyse der letzten ausführlichen Arbeiten über dieses Thema (Gimard, Hayem, Leloir etc.) und schliesst daran die Ergebnisse seiner eigenen anatomischen Untersuchungen, welche sich auf 13 verschiedene Fälle erstreckten.

v. K. fand in allen Fällen Thromben in den kleinen Venenstämmchen und auch in einzelnen Arterien der Haut; die Zahl der nachweisbaren Thromben war in den einzelnen Fällen sehr variabel. Ausserdem liessen sich fast überall an den Gefässwandungen pathologische Veränderungen nachweisen. Die Blutaustritte fand v. K. am häufigsten in der unmittelbaren Umgebung der Gefässe in verschiedener Ausdehnung und Form.

Die Hämorrhagien sind in den v. K. untersuchten Fällen zumeist per rhexin entstanden. Ob der bei kachektischen Individuen mit geschwächter Herzkraft und verminderter Blutmasse vorhandene niedrige Blutdruck genügt, um die — wenn auch krankhaft veränderten Gefässwandungen zum Bersten zu bringen, ist jedenfalls zweifelhaft; in dieser Beziehung geben die vorgefundenen Thromben die nächste Veranlassung zur Zerreissung der Gefässwände.

Dass Gefässverstopfungen zur Hämorrhagie führen können, ist längst bekannt (hämorrhag. Infarcte, Bacterienemboli etc.) Auch bei





Thrombosirung von Venen wurden bei gleichzeitiger Erkrankung der Gefässwände bereits Blutungen nachgewiesen (Recklingshausen).

Als Ursachen der Thrombenbildung selbst, betrachtet v. K. namentlich Verlangsamung des Blutstromes, gewisse Veränderungen des Blutes selbst, und die Erkrankung der Gefässe.

Es ist demnach kaum zweifelhaft, dass in den untersuchten Fällen die Thromben die nächste Ursache der Blutungen waren, während andererseits allgemeine Störungen des Kreislaufes und die Erkrankung der Gefässwandungen bei der Entstehung der Thromben selbst und auch der Blutungen eine wichtige Rolle spielen.

Bei Scorbut und Morbus Werlhofii mögen die Thromben einen geringeren Einfluss auf die Entstehung der Hämorrhagien ausüben, ja es ist denkbar, dass sie bei diesen mit hochgradigen Ernährungsstörungen einhergehenden Erkrankungen nur secundär entstehen.

In manchen Fällen fand v. K. nur geringe Spuren der Hämorrhagien vor, was bei der Kleinheit der Petechien leicht begreiflich ist, oder er konnte scholliges Blutpigment im Gewebe der Cutis nachweisen.

Die beschriebenen Hauthämorrhagien — ausgenommen die bei Purpura und Morb. Werlhofii vorkommenden — bilden eine zufällige Erscheinung in dem jeweiligen Krankheitsbilde, und haben weder mit dem Wesen des betreffenden Krankheitsbildes etwas zu thun noch sind sie als eine eigene, dem ursprünglichen Process sich beigesellende Krankheit aufzufassen. Sie stellen vielmehr ein Symptom dar, welches im Verlaufe der verschiedensten krankhaften Processe unter den erwähnten allgemeinen und localen Bedingungen auftreten kann.

Riehl.

**Herzog** (Graz). Ein Fall von Morbus maculosus Werlhofii bei einem $4^1/_2$ Jahre alten Knaben. (Arch. f. Kinderheilkunde. Bd. VI.)

Die Krankengeschichte eines $4^1/_2$ jähr. Patienten von „lymphatischer" Constitution, dessen Eltern an Tuberculose verstorben waren, welcher während einer $1^1/_4$ jähr. Beobachtungszeit vier Mal in Zwischenpausen von 7 Wochen bis $^3/_4$ Jahren von den charakteristischen Symptomen der Werlhof'schen Krankheit in schwerer Weise befallen, dabei häufig von profusen Nasenblutungen heimgesucht wurde, liefert das Substrat der Publication.



H. betont die Schwierigkeit in der klinischen Abgrenzung der drei bekannten Bluterkrankungen: Hämophilie, Purpura hämorrhagica und Scorbut, sowie die Unmöglichkeit, für alle Fälle eine bestimmte ätiologische Veranlassung geltend zu machen. Der Morbus maculos. kann mit zur Welt gebracht werden, unter dem Einflusse hereditärer Syphilis entstehen, entwickelt sich aber sehr häufig bei anämischen Kindern von lymphatischer Constitution und aufgeregter, oft unregelmässiger Herzthätigkeit trotz günstigster, äusserer Lebensverhältnisse, wie in dem hier beschriebenen Falle — nichts was wir nicht schon längst wissen. Hochsinger.

## **Epidermidosen** (**Wachsthums-Anomalien** der Haut von **epithelialem** Ursprung und Typus A.).

**Hyde.** Fall von angeborenem Naevus lipomatodes. (Journ. of cut. and ven. diseases 3. Juli 1885.

P. F., 3 Jahre alter kräftiger Knabe. Im Gesicht an 20 erbsengrosse, hellbraune, haarlose Pigmentmale. Aehnliche zerstreut am Rumpf. An der Unterbauch-, Kreuzgegend und den Oberschenkeln, fast in Form einer Schwimmhose, ein scharf begrenztes, mit dünnen Haaren bedecktes, dunkelbraunes Pigmentmal, über dessen Fläche eine grössere Menge kleinerer und zwei bis hühnereigrosse, gestielte und gelappte, theils von normaler, theils pigmentirter und behaarter Haut bedeckte Lipome hervorragen. Vf. führt einschlägige Beobachtungen aus der Literatur an und glaubt, dass nervöse intrauterine Störungen zur Bildung der Veränderung Anlass gaben.

Finger.

**Hardaway.** Ein Fall von multiplem Xanthom. (Sct. Louis Cour. of Medicine. 1884.)

Ein 44jähriger deutscher Koch, von gesunden Eltern abstammend, litt in seiner Kindheit an Hyperidrosis, die erst verschwand, als er in der Nähe des heissen Ofens stundenlang arbeiten musste. Von dieser Zeit an (vor 12 Jahren) litt P. an heftigem Jucken der ganzen Haut, so dass er sich sämmtliche Haare durch Kratzen abriss. Zwei Jahre später wurde er icterisch. 1876 war er wegen chron. Hepatitis in Spitalsbehandlung. Vor vier Jahren bemerkte er die ersten Efflorescenzen in der Glutäalgegend.

1884 wurde folgender Status notirt: P. klein, sehr schwach,





leidet an Schwindel und Lungenemphysem. Temp. normal, Harn bernsteingelb, enthält Zucker. Stuhl lehmfarben. Die Leber reicht 3 Querfinger über den Rückenbogen, ist deutlich knotig, ihr freier Rand gut fühlbar.

Die Haut ist bronzefarben, fast schwarz, namentlich an einzelnen Stellen. Die Conjunctiven lichter als die Haut. Die Haut ist zerkratzt und verdickt. — An den Lidern finden sich ausgebreitete, hellgelbe Plaques von Xanthoma planum, an den Lippen und am Kinn erbsengrosse Xanthomknoten.

Ueber dem Olecranon rechterseits sitzen zwei halbtaubeneigrosse Tumoren von stecknadelkopf- bis erbsengrossen Knoten umgeben. Bis wallnussgrosse Tumoren finden sich ad nates, an den Extremitäten in Gruppen oder einzeln, meist symmetrisch vertheilt. Kleinere, haselnuss- bis erbsengrosse Knoten in grosser Zahl in Form von guldenstück- bis handtellergrossen, unregelmässigen Gruppen. An den Knien und den Sprunggelenken sitzen halbhühnereigrosse Tumoren inmitten zahlreichen kleineren. An den Flachhänden sieht man Flecken von strohgelber Farbe längs den grossen Furchen und Linien. Die übrige Haut des Körpers wird (mit Ausnahme des behaarten Kopfes) fast völlig von hirse- bis hanfkorngrossen Knötchen bedeckt, die stellenweise bis zur Berührung dicht aneinandergereiht erscheinen. An der Glans penis sitzt nur ein erbsengrosser Tumor. Am Stamm fällt ein zosterförmiger vom 6.—8. Brustwirbel rechts bis zum Nabel reichender, 2 Zoll breiter Streifen auf, in welchem grössere und kleinere Knötchen dicht aneinandergedrängt, in rundlichen Gruppen stehen wie die Bläschen eines Herpes zoster.

Die Farbe der einzelnen Knötchen variirt von stroh- bis braungelb, einzelne Effl. sind röthlich, die Consistenz ist weich, nur einige Knötchen um die Malleolen sind knorpelhart. Die Form ist rundlich, manche tragen in der Mitte eine Delle.

Der weiche Gaumen, der Pharynx und Larynx sind von ähnlichen flacheren Bildungen eingenommen, die man auch noch in der Trachea sehen kann.

H. spricht die Ansicht aus, dass das Xanthom einer eigenen Diathese seinen Ursprung verdankt, weist auf die Symmetrie und die zosterförmige Ausbreitung seines Falles hin, und erklärt die häufig bei Xanthom beobachtete, icterische Hautfarbe aus einer zuerst stattgefundenen xanthomatösen Erkrankung der Leber mit nachfolgender

Affection der Haut. Die Leberaffection steht in keinem causalen Zusammenhang mit den Eruptionen an der Haut, sondern beide verdanken einer Diathese ihren Ursprung. Riehl.

**Poensgen.** Weitere Mittheilungen über Xanthelasma multiplex. (Virchow's Arch. Bd. 102. Heft 2.)

Poensgen sah bei einem 7jährigen, sonst gesunden Knaben eine ganze Zahl von Xanthelasmen, deren Entstehung ohne vorgängigen Icterus, Diathetis u. s. w. auf 2 Jahre zurück datirt wurde. Der Knabe war mit einem von P. früher beobachteten Xanthelasmakranken verwandt. Verf. hebt hervor, es sei auffällig, dass in dem dritten, in so jugendlichem Alter zur Beschreibung gelangten Falle sich ganz dieselbe Localisation der Erkrankung und symmetrische Anordnung finde, wie in den beiden anderen (an Händen, Ellbogen, Knien, Achillessehne, linker Glutäalgegend); dass ebenfalls die Lider, die Prädilectionsstellen des höheren Alters frei seien und die Geschwulstbildung eine ansehnliche Höhe erreicht habe (mit der Achillessehne fest verwachsene Geschwülste hatten Kirschengrösse erreicht). — Die Forderung Corry's, die Xanthelasmen des Kindes — und höheren Alters klinisch zu sondern, findet in weiterer Beobachtung des Verf. an dem früher beschriebenen Verwandten des jetzigen Kranken eine Stütze. Bei demselben waren Recidiven exstirpirter Xanthelasmen entstanden, auch an Stellen unzweifelhaft vollständiger Exstirpation, während sonst von Recidiven nichts bekannt geworden ist.

**Sommer.** Ein neuer Fall von Hypertrichose. (Virchow's Arch. Bd. 102. Heft 2.)

Sommer fand bei einem gesunden, 19jährigen Manne, in dessen Familie nicht Aehnliches vorgekommen, Hypertrichosis fast des ganzen linken Oberarms. Die Haut darunter zeigte ziemlich starke Pigmentirung, die in abgerundeten Zacken sich scharf abhob von den weissen Streifen gesunder Haut; normale Sensibilität, doch sonst keinerlei Veränderung. Die einzelnen Haare glatt, nicht gekräuselt; dunkler als die Kopfhaare, alle von der Insertionsstelle des Deltoideus nach allen Seiten hin radiär ausstrahlend. Die angeborene Hypertrichosis und Pigmentirung soll allmählich an Ausdehnung zugenommen haben und noch immer zunehmen. Die einzelnen Haare selbst sollen nur eine kurze Lebensdauer haben; sobald sie ihre durchschnittliche Länge erreicht haben, ergrauen sie von der Spitze aus; fallen aus, sobald

sie weiss geworden sind, um stets durch reichlichen Nachwuchs ersetzt zu werden. Caspary.

**Elliot.** Keratosis sebacea und Hypertrichosis. (The med. Record. New-York, 16. Jänner 1886.)

E. berichtet in ausführlicher Weise über einen wohlbeobachteten interessanten Fall:

Auf die Klinik des Professor Bulkley wurde ein 7monatlicher Knabe, wohlgenährt und sonst völlig gesund, wegen einer in der 7. Lebenswoche entstandenen Hautaffection gebracht. Die Eltern des Kindes, seine Geschwister etc. sind gesund, es selbst zeigte bei der Geburt völlig normale Haut.

Zur angegebenen Zeit traten an den Knöcheln und Fussrücken beiderseits rothe Flecken auf, ohne Erhöhung oder Schuppung; wenige Tage später bemerkte man auf diesen Flecken dünne, weissliche, leicht abreibbare Schuppen, welche sich trotz Waschungen rasch ansammelten und bald dicke, harte, braunschwarze Auflagerungen formirten. Inzwischen breiteten sich die Erythemflecke allmählich über die unteren Extremitäten aus und zeigten sich auch am Stamm, überall die gleichen Veränderungen hervorbringend. Bei der Aufnahme stat. praes.: Die unteren Extremitäten bis an das Poupart'sche Band, resp. die Glutäalfalte mit Ausnahme einer Stelle in der Kniebeuge waren ganz mit schwarzbraunen bis grünlichen Auflagerungen bedeckt. Fusssohlen frei. Die Auflagerungen bestanden aus weizenkorngrossen unregelmässigen Stückchen von 2—3 Mm. Höhe und glatter, abgerundeter Oberfläche, die genau aneinanderpassten und die Beweglichkeit nicht hinderten. Das Ganze machte den Eindruck eines Mosaiks aus schwarzbraunen Steinchen. Die einzelnen Partikelchen hafteten fest, hinterliessen aber, wenn sie abgekratzt wurden, fast normal aussehende Haut. Genitale frei. Die Nates diffus geröthet, ebenso die anstossende Haut der Kreuz- und Lendengegend. Nur an den unregelmässigen Rändern dieser Röthungen hafteten braune Schuppen. Offenbar waren die Auflagerungen hier durch Waschungen etc. entfernt. Am Stamm fanden sich rundliche Flecke von verschiedener Grösse mit bräunlicher Masse bedeckt, die oberen Extremitäten waren bedeutend weniger als die unteren afficirt, nur mit wässerigen Auflagerungen ungleichmässig versehen. Einzelne kreuzergrosse ähnliche Flecken im Nacken und am Kopf, die zwischenliegende Haut völlig normal.



Die aufgelagerten Massen an den unteren Extremitäten hart und fest, waren an den weniger afficirten Stellen weicher, bröcklig, grau. Die mikroskopische Untersuchung zeigte: Fettmassen, Hornzellen, Pigment, Cholesterinkrystalle in grosser Menge und Fremdkörper.

Nach Anwendung von Diachylonsalbe konnten nach wenigen Stunden die Auflagerungen entfernt werden; man sah jetzt, dass fast am ganzen Körper der Haarwuchs übermässig entwickelt war, namentlich die unteren Extremitäten waren dicht besetzt mit 3—5 Mm. langen blonden Haaren, während an den übrigen Körperpartien die Erscheinung weniger markant war. Die Kopfhaare schienen normal. Die Haut zeigte leichte Röthung, fühlte sich lind sammtartig an.

Wurde der Salbenverband einige Zeit weggelassen, so bedeckte sich alsbald die Haut mit einer Sebumschichte, welche schon nach 24 Stunden zu kleinen, braungrauen Schüppchen vertrocknete. E. glaubte, dass die Hypertrichosis nach Irritation der Haut, durch Sebummassen hervorgerufen worden sei. Die Eigenthümlichkeit des Falles, dass Erythemflecke dem Beginne der Auflagerungen vorausgingen, bringt E. auf die Vermuthung, dass primär entstandene Hyperämie die Ursache für die Hypersecretion der Talgdrüsen abgegeben habe; ob dies unter dem Einflusse der nervösen Centren geschehen sei, lässt E. in suspenso, weil sich ausser einer nicht constanten Symmetrie in der Anordnung der Flecke kein Moment vorfand, das zur Lösung dieser Frage führen könnte. Riehl.

**Michelson.** Die Elektrolyse als Mittel zur radicalen Beseitigung an abnormer Stelle gewachsener Haare. (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 42 u. 43. 1885.)

Das von den Amerikanern erfundene und ausgebildete Verfahren der Radical-Depilation an abnormer Stelle gewachsener Haare, besteht bekanntlich darin, dass eine mit dem negativen Pole einer galvanischen Batterie verbundene, feine Stahlnadel neben dem Haar in den Follikel eingestochen, die Kette geschlossen und das Haar nach der bald eintretenden Lockerung mit einer Pincette entfernt wird. M., der das Ausziehen des Haares nicht für erforderlich hält, vor Allem weil durch die chemische Wirkung der Elektrolyse das Haar von selbst ausfalle, hat folgende Modification erprobt.

Nachdem man die Nadel eingestochen und die Kette geschlossen



hat, sieht man zunächst Röthung der Umgebung des Haarbalges eintreten, dann Erblassen mit gleichzeitiger Schwellung. Die betreffende Hautpartie nimmt das Ansehen einer kleinen, in ihrem Centrum von einem Haare durchbohrten Quaddel an. 15—30 Secunden nach Stromschluss tritt ein alkalisch reagirendes, aus Gasbläschen und Detritus bestehendes Schaumklümpchen aus; später erhebt sich ein mit hämorrhagischem Serum erfülltes Bläschen, das nach spätestens 24 Stunden zu einem Schorfe eintrocknet. Das Haar fällt oft schon an einem der nächsten Tage aus; seltener später zugleich mit dem Schorfe, fast ausnahmslos zugleich ein grosser Theil der Wurzelscheiden. Mikroskopisch sieht man Gasbläschen bis zur Spitze hin fast alle Gewebsspalten infiltriren. Ueber den Operationsstuhl, die Instrumente und die Einzelnheiten des Verfahrens, wird auf das Original verwiesen. Caspary.

**Möller.** Ueber Radicalepilation mittelst galvanischen Stromes. (Wiener med. Presse. Nr. 45. 1885.)

Möller behandelte eine ältere Dame, die mit Hypertrichosis am Kinn und auf der Oberlippe behaftet war; er bediente sich einer mit chromsaurem Kali gefüllten Batterie und schaltete nie mehr als drei Elemente ein. Als Nadeln wendete M. sogenannte Uhrahlen an, die er aus freier Hand in die Haartaschen einstiess, und nachdem er sie mit einer Klemmpincette fasste, welche eine Schraubenklemme trug, stellte er sie mit der Kathode in Verbindung. Die Oberfläche der Pincette ist mit einer isolirenden Schicht von Hartgummi überzogen. Die Kathode steht mit einer Schwammelektrode in Verbindung, die die Pat. auf die Wange legte. Die Zeit von drei Minuten ist genügend für die Behandlung eines Haares. Nach Lüftung der Klemmpincette wird die Nadel noch in der Haartasche belassen und das Haar mit einer Cilienpincette ausgezogen. Die Reaction, welche der Strom in der Haut verursachte, beschränkte sich auf einen rothen Hof von mehrstündiger Dauer um die Einstichstelle; auf der Oberlippe war es auch zur Bildung einer linsengrossen Quaddel gekommen, an deren Stelle in den nächsten Tagen ein Börkchen sichtbar wurde. So kam es unerwünschterweise zu einer, wenn auch unbedeutenden Narbenbildung, die M. später dadurch zu vermeiden wusste, dass Pat. die Anode in Hinkunft auf dieselbe Seite wie die Kathode auflegte. M. epilirt in einer Sitzung mehrere Haare; er hielt wöchentlich drei Sitzungen und



empfiehlt besonders bei häufigeren Sitzungen die Einstiche auf das ganze Operationsfeld zu vertheilen.

**Hardaway.** Die Radicalbehandlung der Hypertrichosis mittelst Elektrolyse. (Monatsh. f. prakt. Derm. Nr. 10. 1885.)

Die Grundbedingung für die radicale Entfernung überflüssiger oder schlecht implantirter Haare ist die punktuelle Zerstörung der Haarpapille mit Schonung des Nachbargewebes. Dieser Bedingung wird H. gerecht durch die Elektrolyse, und nicht, wie irrthümlich angenommen wird, durch Galvanocaustik. H. benützt eine galvanische Batterie von 13—20 Elementen, eine Reihe feiner Nadeln, — letztere am besten aus einer Composition von Platin-Iridium dargestellt — geeignete Nadelhalter, eine Schwammelektrode und Leitungsdrähte. Gut ist es, die Nadel bis zu einer kurzen Strecke vor der Spitze mit einer nichtleitenden Substanz zu überziehen, um die Elektrolyse nach Möglichkeit auf die Papille zu beschränken.

Der armirte Nadelhalter steht mit dem negativen, die Schwammelektrode mit dem positiven Pol der Batterie in Verbindung. Nach Einführung der Nadel wird die Schwammelektrode auf die innere Handfläche des Patienten aufgesetzt. Die Nadel bleibt so lange eingestochen, bis sich ein wenig Schaum um dieselbe gebildet hat, hierauf wird die positive Elektrode entfernt, und dann die Nadel ausgezogen. Ob die Nadel den Follikel durchbohrt habe, erkennt man an der Schmerzhaftigkeit und an dem Widerstande beim Einführen. Aus dem Hervorquellen von fettigem Secret, wenn der Strom eingeleitet ist, schliesst man, dass die Nadel im Follikel stecke. H. benutzt 12 Elemente einer frisch beschickten Batterie, steigt aber, wenn die Stromintensität abnimmt, auf 18—20 Elemente. Nach geschehener Elektrolyse bildet sich eine perifolliculäre Exsudation und daraufhin eine Papel, die mit Hinterlassung eines Fleckes schwindet. Das Waschen der operirten Theile mit heissem Wasser setzt die örtliche Reizbarkeit sehr herab. H. warnt vor zu häufiger Wiederholung der Operation; um jedoch Zeit zu sparen, kann eine noch unberührte Hautstelle zur Behandlung ausgewählt werden. Horovitz.

**Joseph.** Zur Aetiologie der Alopecia areata. (Centralbl. f. med. Wissenschaften. Nr. 11. 1886.)

Joseph fand gelegentlich einer Untersuchung über die trophischen Nerven, dass nach Durchtrennung eines Rückenmarksnerven peripher



vom Ganglion bei Katzen und Kaninchen ein Symptomenbild entsteht, das der Alopecia areata des Menschen ausserordentlich ähnlich ist.

Von den fünf mitgetheilten Versuchen soll hier einer etwas ausführlicher erwähnt werden.

Einer halbjährigen Katze wurde am 25. September der rechte breite Cervicalnerv peripher vom Ganglion excidirt. Am 7. Tage nach der Operation wurde auf der Haut der rechten Ohrmuschel in ihrem hinteren dem Schädel naheliegenden Abschnitte ein beträchtlicher Haarausfall bemerkt. An einer 20pfennigstückgrossen kreisrunden Stelle, theils an der Schädelhaut, theils an den Ohrmuscheln waren die Haare stark gelichtet, die zurückgebliebenen folgten ganz leichtem Zuge. Die Haut an dieser Stelle war sonst normal; auch Sensibilitätsstörungen konnten nicht nachgewiesen werden. Am 4. October hatte sich die kranke Stelle in Form eines Halbmondes von $^1/_4$ Ctm. Breite concentrisch ausgebreitet, indem auch dort die Haare ausgefallen waren, ohne dass Röthung oder sonstige Aenderungen bemerkbar geworden waren. Am 9. October hatte die kahle Stelle die Grösse eines 50-Pfennigstückes. Das Thier blieb munter, die Wunde vernarbt. Am 10. October wurde eine 20-pfennigstückgrosse am Hinterkopf in der Nähe der Ohrmuschel bemerkt, an der die Haare stark gelichtet waren, am 13. October eine dritte, fast haarlose Stelle an der vorderen Fläche des Ohres. Am 18. October waren alle drei Stellen völlig kahl. Am 22. October waren an der ersterkrankten Partie Haare nachgewachsen. Am 1. November Eiterung am r. Nebenohr, die zu völliger Vereiterung desselben führte. Eine ähnliche Eiterung trat später an der ersterkrankten Stelle eine dritte an der Sagittalnaht auf. Am 7. November Tod durch Pyämie.

Da mechanische Schädlichkeiten auszuschliessen waren, Circulationsstörungen niemals bemerkt wurden, Symptome einer Mycose fehlten, hält sich J. für berechtigt, die nach Durchschneidung des Cervicalnervs aufgetretenen — der Alopecia areata des Menschen analogen — Erscheinungen für ein Produkt rein trophischer Innervationsstörung zu halten.

Versuche, physiologische und histologische Bearbeitung der Frage werden fortgesetzt und seiner Zeit mitgetheilt werden.

**Schulthess.** Klinische Beobachtungen über Alopecia areata. (Zürich.) (Correspdzbl. f. schweiz. Aerzte XV. 1885.)

Bei einem 12jährigen Mädchen, das öfters krank und immer schwächlich gewesen war, entstanden ohne bekannte Veranlassung kahle Stellen in Form von Kreisen am behaarten Kopfe und führten in weiterer Entwicklung zu fast völliger Kahlheit des behaarten Kopfes; nur eine dreieckige Partie an der Stirngrenze behielt den Haarschmuck. Drei Monate später begann Regeneration, und nach Ablauf eines Jahres waren bis auf einige kleine Scheiben die Haare wieder nachgewachsen. Acht Wochen später trat Recidive auf, die zur Zeit der Demonstration der Kranken zwei handtellergrosse, symmetrisch zu beiden Seiten der Sagittalnaht liegende, und am Hinterkopf zwei kleinere, symmetrisch gelegene und eine medianliegende kahle Scheibe producirt hatte.

Schulthess findet in der Literatur das symmetrische Auftreten von Plaques kaum erwähnt und glaubt dies umsomehr betonen zu müssen, als ein zweiter in seiner Behandlung stehender Fall und zwei Fälle von Prof. Wyss ebenfalls symmetrische Lage der kahlen Scheiben aufweisen.

Trotz dieser für die Annahme einer nervösen Ursache scheinbar sprechende Symmetrie bekennt sich Sch. als Anhänger Schlens, resp. der bekanntlich schon früher wiederholt aufgestellten mycotischen Entstehung der Alopecia areata. Auf Grund dieser Anschauung epilirt Sch. die Umgebung einzelner Scheiben und verordnete Waschungen mit 1 : 1000 Sublimat, ohne indess einen deutlichen Erfolg erzielt zu haben.

**Taylor.** Eine eigenthümliche, ringförmige Affection an Präputium und Glans. (Arch. of medicine Vol. XII, Nr. 3. Dec. 1884.)

Taylor hat drei Fälle einer Affection, an Glans und Präputium localisirt gesehen, die er für eine bisher unbekannte Krankheit erklärt.

Die wesentlichen Erscheinungen an diesen drei Fällen, welche sonst gesunde Männer im kräftigen Mannesalter betrafen, bestanden in ringförmigen Plaques, welche nur an der Glans oder auch am Präputium zu sehen waren. Die einzelnen Plaques hatten einen Durchmesser von $^1/_4$, $^1/_3$—$^1/_2$ Zoll, waren leicht roth und mit dünnem,



aber festhaftendem Epidermislager bedeckt. Die nicht intensive Röthung war scharf begrenzt und umschloss anscheinend normale Haut, so dass die Plaques Ringform darboten. Die kranken Partien waren nicht fühlbar verdickt und leicht verschiebbar. Derartige ringförmige Efflorescenzen waren zu 3, 4 oder 8, gleichzeitig vorhanden, manchmal sah man unvollkommen ausgebildete Ringe. Die Entstehung der Plaques hatte sich durch leichte Schmerzhaftigkeit der betreffenden Theile bei Druck eingeleitet, und waren während des ganzen Bestandes von ziemlich intensiven, brennenden Schmerzen und Jucken begleitet. Der Verlauf der Affection erstreckte sich auf Wochen und Monate, manchmal wurde spontane Involution oder Heilung durch fortgesetzten Gebrauch von Sol. Fowleri beobachtet; in allen Fällen trat Recidive ein. Nach Ablauf der Krankheit blieb kein Substanzverlust sichtbar. In einem Falle wurde im Verlaufe der Affection eine Eruption von Lichen planus, Knötchen und Gruppen solcher am ganzen Körper beobachtet.

Taylor, der die geschilderten Krankheitssymptome für ganz eigenartig erklärt und bemerkt, dass eine Verwechslung mit Syphilis, Psoriasis und Lupus erythematosus im Bereich der Möglichkeit liege, glaubt als Ursache der ganzen Affection eine Alteration der Nerven annehmen zu müssen, und bezieht hierauf die subjectiven Beschwerden vor und während der Hauterkrankung sowie die in einem Falle vorausgegangene Migräne und die in einem zweiten Falle später erschienenen Schmerzen in der Hüfte.

(Anmerkung d. Ref.: Es scheint nach der Beschreibung des Aussehens und Verlaufes der ringförmigen Plaques in diesem Falle kaum zweifelhaft, dass es sich um Lichen ruber planus Hebra handelte, bei welchem, wie wir und Andere des öfteren gesehen haben, nicht selten die ersten Erscheinungen an der Glans und am Präputium zum Vorschein kommen und zwar gewöhnlich in Form der beschriebenen Ringe, die sich bei längerem Bestande mit dünnen Schuppenlagern bedecken. Fast zur Gewissheit wird diese Annahme für den ersten Fall Taylor's, bei welchem im weiteren Verlaufe eine Lichen ruber-Eruption am ganzen Körper erfolgte.) Riehl.

**Lassar.** Demonstrative Uebertragung von Psoriasisschuppen auf Kaninchen. (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 47. 1880.)

L. demonstrirte der Berliner medicin. Gesellschaft 2 Kaninchen,



in deren angefettete Haut er psoriatische Schuppen sammt der Lymphe und dem Blute, die bei der Entfernung jener exsudirt waren, vor 20 resp. 10 Tagen kräftig eingerieben hatte. Wie bei früheren analogen Versuchen sah er dabei Infiltration, Röthung, Schuppung, Haarausfall in den betreffenden Hautstellen eintreten und die Affection in steter peripherer Progression zunehmen; bei oberflächlichen Abschabungen traten kleine Blutungen ein.

Herr H. Behrend findet die Hautaffection der Kaninchen nicht conform der menschlichen Psoriasis; einmal, weil deren circumscripte Röthungen fehlen, zweitens Haarausfall bei ihr nie vorkomme. Ihm erscheine das Hautleiden der Kaninchen ähnlicher dem Herpes tonsurans.

Caspary.

**Schwimmer.** Beiträge zur Glossopathologie. (Wiener med. Wochenschr. Nr. 8 u. 9. 1886.)

Die verdauungsbefördernde und Eiweisskörper lösende Wirkung des Papayotin, ferner seine Fähigkeit, diphtheritische Membranen zu erweichen und zur Ablösung zu bringen, veranlassten Sch. dieses Mittel gegen den obstinaten Process der Leucopathie luetischer und nichtluetischer Natur zu versuchen. Während nun Sch. die grauen und verdickten Epithelanhäufungen nicht zur Lösung brachte, wie es zu erwarten wäre, wurde er durch die ziemlich rasche und ausharrende Ueberhäutung der geschwürigen und zerklüfteten Theile überrascht. Da das im Handel käufliche Medicament ziemlich theuer ist und daher nicht selten gefälscht erscheint, muss man sich eines zuverlässigen Präparates versichern. Sch. ordinirt das Mittel nach folgender Formel:

Rp.: Papayotini 0·5—1·0
Aqu. dest.
Glycerini āā 5·00.

S. Die kranken Stellen mit einem Haarpinsel zu bestreichen.
Diese Einpinselungen können 2—6 Mal täglich erfolgen.

**Joseph.** Hereditäre Neigung zur Blasenbildung. (Monatsh. f. prakt. Dermat. Nr. I. 1886.)

Joseph beobachtete bei einer 37 Jahre alten Portiersfrau, die gut genährt und kräftig gebaut war, Blasen und Bläschen auf der Fusssohle, auf dem inneren Fussrande und dem Fussrücken; ferner auf denjenigen Stellen des Stammes, welche vom Corsette einem



stärkeren Drucke ausgesetzt sind und endlich dieselben Efflorescenzen am Gefässe. Die einzelnen Blasen zeigten keine entzündlichen Reizungserscheinungen, waren auch nicht schmerzhaft. Der Blaseninhalt bestand aus einer klaren serösen Flüssigkeit alkalischer Reaction, die beim Kochen und auf Zusatz von Salpetersäure eine leichte Trübung darbot. Von Formbestandtheilen waren nur Epithelschollen zu gewahren. Die rückschreitende Metamorphose der Blasen auf dem Wege des Eintrocknens und der Bildung oberflächlicher Substanzverluste war in einigen Tagen abgeschlossen. Die Pat. bot sonst keine Anomalien dar, doch war eine Urticaria factitia leicht hervorzurufen. Dieselben krankhaften Erscheinungen boten auch die zwei Kinder (Knaben) der Pat. dar, nur war das Uebel auf die Füsse allein beschränkt.

Hervorzuheben wäre noch, dass die Jahreszeiten insoferne einen Einfluss auf das Uebel haben, als die Sommermonate zu enormen Beschwerden Veranlassung gaben, im Winter jedoch die Kranken in hohem Grade verschont blieben.

J. schliesst sich Caspary in der path. Auffassung des Uebels an (siehe diese Vierteljahresschrift, 1885, 2. Heft, 2. Hälfte) und sieht in demselben eine persistente Form der Acantholyse (Auspitz) hereditären Ursprunges.

(Diese Fälle sind mit den von Köbner in der deutschen med. Wochenschrift, 1886, Nr. 2, publicirten identisch.) Horovitz.

## **Chorioblastosen (Wachsthums-Anomalien** der Haut von **bindegewebigem** Ursprung und Typus A.).

**Touton.** Wo liegen die Leprabacillen? (Fortschr. d. Med. Nr. 2. 1886).

Die zur Feststellung der topographischen Verhältnisse der Bacillen in der leprösen Haut von Unna angewandte Trockenmethode (vide diese Vierteljahresschr., 1885, S. 652) ist für diesen Zweck vollkommen ungeeignet, da durch die Erhitzung des Gewebes und die rasche Wasserverdampfung aus demselben mechanische Veränderungen in den Gewebselementen hervorgerufen werden und künstlich hergestellte Verhältnisse die natürliche Gewebsstructur verdecken. Das Zellprotoplasma wird dabei zerstört, die Gewebsspalten erweitern sich durch die Wasserverdunstung zu einem groben Maschen- und Lückensystem und wenn dann U. in demselben die als Hohlkugeln erschei



nenden Bacillenhaufen frei im Gewebe und ohne zellige Begrenzung sieht und daraus die freie Lage der Mikrobenhaufen in den Lymphbahnen und Saftcanälen der Haut deducirt, so steht dem die stricte durch Doppelfärbungen (Fuchsin-Hämatoxylin, Gentianaviolett-Saffranin) und nach den gewöhnlichen Einschlussmethoden der Schnitte gewonnene directe Beobachtung gegenüber, dass die Bacillenhaufen in überwiegend grosser Zahl in den sogenannten Leprazellen liegen. Zellkerne und Bacillenhaufen liegen gleichzeitig in den Zellen; der lichte Fleck im Bacillenhaufen (Unna's „Vacuole") ist wahrscheinlich nichts anderes als das Resultat des nekrosirenden Einflusses der Bacillen auf das Zellprotoplasma. (Vergl. Weigert: Zur Theorie der tuberculösen Riesenzellen, D. med. Wochenschr. Nr. 35. 1885.) Die Bacillen finden sich überdies noch frei im Lumen der Blutgefässe, oder in Häufchenform in den Endothelien und weissen Blutzellen, sowie in den Gefässwandungen und hier wieder in drei besonderen Schichten und zwar 1. in der Endothelschichte, 2. an der Grenze zwischen Intima und Media und 3. in der Adventitia, auf Querschnitten concentrische Ringe darstellend.

Die Ausführungen Touton's gipfeln in den Sätzen: „Der eigentliche Entwicklungs- und Nährboden, den der Leprabacillus zur Bildung einer Colonie bedarf, ist das Protoplasma der Zelle" und „der grösste Theil aller Bacillen in der Leprahaut liegt, wie bisher immer angenommen, meist in kleineren oder grösseren Haufen in Zellen eingeschlossen. Diese Bacillenhaufen sind also selbst keine Zellen, sondern nur Theile, Einwohner derselben. Die frei vorkommenden Bacillenanhäufungen lagen meist ursprünglich ebenfalls in Zellen."

**Unna.** Wo liegen die Leprabacillen? (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 8. 1886.)

In diesem Aufsatze polemisirt U. gegen Touton's Behauptung, dass die Trocknungsmethode der Schnitte für die topographische Bestimmung der Bacillenverhältnisse in der leprösen Haut ungeeignet sei, wirft Touton vor, dass er die Schnittpräparate übermässig erhitzt habe, nicht die Erhitzung sei das Wesentliche, es komme blos auf die völlige Austrocknung und Wasserentziehung an; die gewöhnliche Alkohol - Entwässerung vermag nicht die letzten Wasserreste den

Bacillenschleimhüllen zu entziehen, dies führt zu Täuschungen, indem die von dem succulenten Schleimmantel umgebenen Bacillenhaufen für bacillenhaltige Zellen angesehen werden. Es sei übrigens die Erhitzung der Präparate behufs Austrocknens gar nicht nöthig, man erreicht dasselbe Ziel durch Trocknung der Schnitte über concentrirter Schwefelsäure (nach Art der Chemiker) unter einer luftdicht schliessenden Glasglocke durch 12—24 Stunden. U. leitet weiters im Gegensetze zu T. alle an den Zellkernen und Zellen selbst zu beobachtenden Veränderungen in den Contouren nur von dem Drucke der freiliegenden Bacillenhaufen ab, erblickt in den lichten Flecken innerhalb der Bacillenhaufen (Vacuolen) ein schleimiges Degenerationsprodukt der Bacillen selbst und nicht das Resultat progressiver Zellnekrose und behauptet schliesslich, insbesondere gestützt auf seine neueren Datums durchgeführten Untersuchungen frischen Lepragewebssaftes: „Die Leprabacillen liegen niemals in Gewebszellen."

**Neisser.** Histologische und bacteriologische Leprauntersuchungen. (Virchow's Arch. Bd. 103. Heft II,)

Unna hat sich durch seine neue These von der extracellulären Lage der Leprabacillen in directen Widerspruch mit allen bisherigen Lepraforschern gesetzt. Wesentlich Schuld daran ist seine (hier schon beschriebene Ref.) Trocknungsmethode, über welche sich N. ähnlich wie Touton und Hansen äussert. Auf Grund seiner neuerlichen histologischen Leprauntersuchungen, bei denen hauptsächlich Anilinfuchsinfärbung mit Alkoholentfärbung oder die Ehrlich'sche Eosin-Hämatoxylintinction mit nachfolgender gewöhnlicher Einbettungsmethode der Schnitte in Anwendung kamen, muss N. die bislang zu Recht bestandene Auffassung über die Topographie der Bacillen in der leprösen Haut aufrechthalten und stellt bezüglich der anatomischen Structur des Leprainfiltrates die nachfolgenden (in Kürze wiedergegebenen Ref.) Sätze auf: Ein Theil der Bacillen liegt anscheinend frei in interfibrillären Lymphspalten; Bacillen liegen ferner in (resp. auf) den Endothelzellen sowohl der freien Lymphräume, als auch der eigenwandigen Lymph- und Blutgefässe; Bacillen finden sich im Protoplasma der langgeschwänzten, spindelförmigen Bindegewebszellen, sowie der Lymphkörperchen und der aus diesen sich zusammensetzenden Schollen innerhalb des Lumens der eigenwandigen oft ektasirten Lymphgefässe, die Hauptmasse der Bacillen aber liegt in den



entzündlichen Zellen, den eigentlichen Leprazellen, die Zellkerne bleiben bacillenfrei, die Vacuolen Unna's in den Bacillenhaufen sind Erscheinungen einer Art von Zellnekrose. Die Epithelbekleidung der Haut und Schleimhaut des leprösen Infiltrates bleibt nahezu immer bacillenfrei, Haare und Wurzelscheiden sind nicht selten bacillendurchsetzt (Babes, Unna), die Blutgefässe der Haut sind in ihren parivasculären Lymphräumen die Hauptträger der leprösen Neubildung und sind in ihren Wandungen und Endothelien häufig bacillenhaltig. Das gesunden Hautpartien entnommene Blut führt höchst wahrscheinlich keine Bacillen in sich, angeblich gelungene Blutculturen (aus normalem Gewebe Lepröser genommen) von Hansen, Majocchi, Pellizari, Gauchez, Hillairet sind nicht eindeutig.

Die mikroskopische Untersuchung lepröser Nerven und Lymphdrüsen, sowie leprakranker parenchymatöser Organe wie Leber, Milz und Hoden fördert analoge Resultate zu Tage; auch hier liegen die Bacillen in überraschend grosser Häufigkeit in den Zellen. Besonders lehrreich sind die Bacillenbilder in Hodenpräparaten. Die Leprabacillen befallen hier einerseits die Zellen des Gefässbindegewebes, andererseits aber auch die Drüsenepithelien der Samencanälchen und führen hier entweder zu einer Art fettiger Degeneration des Protoplasmas oder zu einem schollenartigen Zusammenfliessen von Zellleibern, in denen endlich auch die Bacillen selbst zerbröckeln und zerfallen und so zu der vielbesprochenen Vacuolenbildung führen.

N. ist es gelungen, an gefärbten Präparaten zweifellose Sporenbildung an den Leprabacillen nachzuweisen, doch hält er im Gegensatze zu Hansen nicht die gefärbten sondern die ungefärbten Partien des Stäbchenleibes für Sporen. Weiters berichtet N. über wohlgelungene Culturen von Leprabacillen auf gelatinirtem Blutserum oder auf gekochten Hühner- oder Enteneiern bei Bluttemperatur, welche sich durch eine enorm geringe Wachsthumsintensität auszeichnen. Die Uebertragbarkeit der Lepra auf Thiere ist bisher nicht sichergestellt.

Die Hauptcharaktere der leprösen Infectionserkrankung bestehen nach Neisser in der absolut sicheren ätiologischen Bedeutung des Leprabacillus. Doch ist die Lepra aller Wahrscheinlichkeit nach nicht hereditär, hingegen ist sie zweifellos contagiös, wenn auch die Haftungsfähigkeit des Lepravirus eine sehr geringe ist. Die Existenz von Leprasporen oder Dauerformen spricht für die Möglichkeit einer





Leprainfection auch ohne directe Uebertragung von Mensch zu Mensch. Der Mensch ist als der Hauptträger des leprösen Virus anzusehen.

**Armauer Hansen.** Die Lage der Leprabacillen. (Virchow's Arch. Bd. 103. 1886.)

Hansen tritt mit grosser Entschiedenheit für die Lage der Leprabacillen in den entzündlichen Zellen ein, bemerkt, dass man ganz untrügliche diesbezügliche Bilder durch Anwendung der Gram'schen und Lustgarten'schen Methode erhält, zumal wenn man Contrastfärbungen mit Eosin oder Bismarckbraun hinzufügt, und wendet sich sehr energisch gegen die Brauchbarkeit der Unna'schen Trocknungsmethode; auch verwahrt er sich gegen dessen Anschauung von der freien Lage der Bacillenhaufen in den Saftcanälchen der Haut. Wenn die Bacillen frei in Lymphwegen liegen würden, dann wären bei Lepra und den verwandten chronischen Infectionskrankheiten wie Tuberculose und Syphilis Verhältnisse gegeben, wie wir sie nur bei den acuten septhämischen und pyämischen Infectionen zu sehen gewohnt sind; dies stimmt absolut nicht mit dem chronischen Verlaufe der specifischen infectiösen Entzündungen. Gerade das Eingeschlossensein der Mikroorganismen in den Zellen erklärt uns die mehr locale Wirkung des specifischen Giftes bei den chronischen infectiösen Allgemeinerkrankungen und eben dadurch die Chronicität des Verlaufes derselben. Bei der Lepra, wie bei keiner anderen Bacillenkrankheit kann man übrigens so deutlich die Dignität der peripheren Lymphdrüsen als wahre Filtrationsapparate für das specifische Gift erkennen; nicht in dem Lymphdrüseninnern, wie man nach Unna's Deductionen erwarten müsste, finden sich frei circulirend oder embolisirend die Leprabacillen, sondern sie liegen in den Ampullen fest von den Zellleibern umschlossen. Je weiter centralwärts die Drüse liegt, desto geringfügiger wird die Drüsenaffection.

**Melcher** und **Ortmann.** Experimentelle Darm- und Lymphdrüsenlepra bei Kaninchen. (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 9. 1886.)

Die Autoren berichten über zwei mit frischem Lepramaterial in die vordere Augenkammer geimpfte Kaninchen, welche nach viermonatlicher Krankheitsdauer zu Grunde gingen. Bei der Obduction boten fast sämmtliche Eingeweide eine Knötcheneruption dar, welche als der

Ausdruck einer leprösen Allgemeininfection aufgefasst wird. Besonders interessant sind die dabei constatirten Befunde von Lepraerkrankung der Darmschleimhaut, der Mesenterial- und anderer Lymphdrüsen, nicht minder die histologischen und bacterioskopischen Bilder, welche die Verf. schildern, zumal wieder der zweifellose Nachweis von der enorm überwiegenden Häufigkeit der intracellularen Lage der Leprabacillen auch in diesen neuen Untersuchungsobjecten thierischer Eingeweide erbracht ist. Da die Autoren eine ausführliche Publication über das hier referirte Thema in Aussicht stellen, behalten auch wir uns ein eingehenderes Referat für später vor. Hochsinger.

**Salzer.** Zur Casuistik der Geschwülste am Kopfe, Osteoma cutis. (Langenbeck's Arch. Bd. XXXIII. Heft 1.)

Ein 28jähriger Mann zeigt am Scheitel in der Gegend der Kranznaht eine markstückgrosse, über das Niveau vorspringende, sehr derbe, mit der Galea verschiebbare Geschwulst, die vor 4—5 Jahren zum ersten Male als kleineres Knötchen bemerkt wurde, und durch stetige Vergrösserung und Haarausfall den Pat. bewog, sich operiren zu lassen.

Die Diagnose schwankte zwischen Fibroma und verkalktem Atherom. Die Geschwulst wurde exstirpirt; beim Versuche, sie zu durchschneiden, brach das Scalpell aus dem Hefte. Die eine Hälfte des Tumors wurde macerirt, die andere in Chromsäure entkalkt. Erstere stellte nach der Maceration ein sehr poröses äusserst hartes Knochenstück dar, welches von einigen Haaren perforirt war. Die mikroskopische Untersuchung erwies, dass es sich um wahren Knochen handle, der ausschliesslich in der eigentlichen Cutis sass. Durch die Löcher des Knochens mündeten Haare, Schweiss- und Talgdrüsen an die Oberfläche; ausserdem fanden sich zahlreiche Räume, die nur spärliche Bindegewebsfasern enthielten. Haarwurzeln und Schweissdrüsenknäuel lagen unter dem Knochen. Der Knochen scheint in Form kolbiger zapfenförmiger Ausläufer weiter gewachsen zu sein, man findet derartige Ausläufer allenthalben an der seitlichen und tiefen Grenze der Geschwulst, während gegen die Epidermis zu die Oberfläche des Knochens fast gradlinige Begrenzung aufweist, sowie das darüberliegende atrophische Rete Malpighii. Riehl.

## Dermatomykosen.

**Lesser.** Eine augenblicklich herrschende Epidemie von Herpes tonsurans. (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 6. 1888.)

In den Jahrgängen von 1882—1885 fand Lesser eine solche Zunahme von Herpes tonsurans in Leipzig, dass unter 3838 Geschlechts- und Hautkranken 269 Fälle von Herpes tonsurans, d. h. 7% der Gesammtsumme sich befanden. Während in Breslau die Zahl der an Herpes tonsurans Erkrankten 0·6% der Gesammtsumme (des dermatol. poliklin. Materiales) beträgt, ist in Leipzig die Häufigkeit des Herpes tonsurans 12 Mal so gross; während in Breslau die Männer wenig über 1/4 betragen, erreicht ihre Zahl in Leipzig fast 3/4 der Gesammtsumme der Erkrankten. Die Prävalenz der Männer erklärt sich aus der Localisation im Barte und damit ist auch der Anhaltspunkt zur Erklärung dieser Epidemie gegeben. Die Uebertragung der Krankheit von Mann zu Mann geschieht durch das Rasiren in den Rasirstuben, und der so erkrankte Familienvater inficirt nun sehr leicht seine Angehörigen. Ja man kann sogar die Beobachtung machen, wie aus einer Rasirstube in kurzer Zeit eine Anzahl von Infectionen hervorgehen. Dass dieses Uebel durch Rasiren übertragen wird, ist keineswegs neu; so beschreibt Köbner eine in den Jahren 1860—61 herrschende Epidemie in Paris, ebenso entspricht manche Erscheinung der „Mentagra" der Alten dem Herpes tonsurans.

Wenn die Pilze in die Haarwurzelscheiden eindringen, so setzen sie dadurch heftige Entzündungserscheinungen in der Haut, die zu Knoten, Infiltraten, manchmal zu phlegmonösen Veränderungen führen. Bei der Localisation im Barte spricht man von Sycosis parasitaria; wenn das Uebel die Kopfhaut befällt, so nennt man es Kerion Celsi. Therapeutisch empfiehlt L. 5% Naphtolsalbe, 1% Sublimatlösung, 4% Carbollöl und Wilkinson'sche Salbe. Prophylaktisch ist auf Reinlichkeit der Utensilien in den Rasirstuben zu sehen, ferner darauf zu achten, dass Handtücher Kranker nicht anderen Kunden gegeben werden. Horovitz.

**Stellwagon.** 1. Die klinischen Erscheinungen der Impetigo contagiosa. (Philadelphia med. Times. 22. Sept. 1883.)

— 2. Ueber die Selbstständigkeit und Ursache der Impetigo contagiosa. (Medical News. 22. Dec. 1883.)



1. In der ersten Publication gibt Stellwagon den Typus der klinischen Erscheinungen durch einzelne kurze Krankengeschichten illustrirt auf Grund eigener Beobachtung von 88 derartigen Fällen, die er in einem Zeitraume von $3^1/_2$ Jahren unter 2700 Hautkranken in Philadelphia beobachtet hat. Seine Beschreibung weicht nur unwesentlich von der vieler anderer Autoren ab. Wir haben es, recapitulirt St., mit contagiösen, autoinoculablen leicht entzündeten Efflorescenzen von vesiculo-pustulösem Typus zu thun, von oberflächlichem Sitz, manchmal von geringem Fieber eingeleitet. Die Efflorescenzen variiren von Stecknadel- bis Kreuzergrösse, beginnen immer als kleine Bläschen oder Pusteln und vergrössern sich durch Blasenwälle mit dünner Decke und haben häufig Zellen. Sie sitzen gewöhnlich im Gesichte und auf den Händen, seltener am behaarten Kopf oder am Stamme. Der Gesammtverlauf erstreckt sich meist nur auf 14 Tage, das Allgemeinbefinden wird dabei nicht alterirt. Impetigo contagiosa kommt fast ausnahmslos bei Kindern unter 10 Jahren zur Beobachtung.

2. Die zweite Arbeit beschäftigt sich zunächst mit der Aetiologie der Impetigo contagiosa. Nach einer kurzen Uebersicht der Literatur bekämpft St. in eingehender Weise die Ansicht, dass die Krankheit parasitärer Natur sei. An einen Zusammenhang derselben mit Herpes tonsurans ist nach den klinischen Bildern nicht zu denken. Die Befunde einzelner Autoren, welche Schimmelpilze in den Krusten gefunden haben, sind irrelevant, denn einerseits vermisse man Pilze nach übereinstimmender Angabe der meisten Autoren fast immer bei Untersuchung frischer Blasendecken etc. (St. hat selbst gegen 500 Präparate untersucht) und andererseits kommen in älteren Krusten jeder Art Schimmelpilze accidentell zur Entwicklung. Die bisherigen Untersuchungen sprechen gegen die parasitäre Natur. Mit der Pocken-Impfung, wie einzelne Autoren behaupten, hat Impetigo contagiosa keinen nachweisbaren Zusammenhang. St. sieht in der Impetigo contagiosa eine acute Infectionskrankheit mit typischem Verlaufe und bisher noch unbekanntem specifischen Virus, die leichte (prodromale) Allgemeinerscheinungen und Eruptionen an der Haut bedingt.

Riehl.



# Syphilis.

## Gonorrhoische Processe.

**Horand.** Uebertragung der Blennorrhöe durch den Mund. (Lyon médical. Nr. 33. 1885.)

Horand theilt folgende Krankengeschichte mit.

Herr M. C., der 3 Jahre lang nur mit seiner Maitresse geschlechtlichen Umgang gepflogen hatte, besuchte, nachdem er 13 Tage lang keinen Coitus geübt hatte, ein öffentliches Haus, wo er, um sich vor Ansteckung zu behüten, einen widernatürlichen Beischlaf (ab ore) übte. Er hatte mit seinem Genitale nicht einmal die äusseren Genitalien der Prostituirten berührt. Dessenungeachtet bemerkte er einen Tag später, eitrigen Ausfluss aus der Harnröhre. Der widernatürliche Coitus hatte am 10. Juli stattgefunden. Bei der am 13. Juli von H. vorgenommenen mikroskopischen Untersuchung des Eiters fanden sich massenhaft Gonococcen sowohl in als auch neben den Eiterkörperchen. Es wurden Zinkinjectionen verordnet. Am 15. Juli konnte H. noch Gonococcen, aber in geringer Anzahl nachweisen. Nach 15 Tagen war der Ausfluss vollständig geschwunden. Herr C. M. führte mit seiner Maitresse sowohl den natürlichen als auch den Coitus ab ore aus, ohne dass eine Recidive erfolgte. Die Prostituirte, von welcher der Kranke durch den widernatürlichen Geschlechtsact inficirt worden war, zeigte bei der Untersuchung vollkommen gesunde Schleimhaut der Mundhöhle, geringes Nässen der Harnröhre, von einer graulichen, keinen eitrigen Charakter zeigenden Flüssigkeit, keinen Vaginalkatarrh, gummiähnlichen Uterinalschleim. Die Frau war also gesund, hatte weder eine Entzündung der Mundhöhle, noch eine „Urethro-Vaginitis." Woher war nun Herr M. C. krank geworden? Es handelte sich in diesem Falle nicht um einfache, durch das Saugen veranlasste Entzündung der Harnröhre, weil der Ausfluss Gonococcen





enthielt. Es muss vielmehr eine Blennorrhöe durch Ansteckung angenommen werden.

H. glaubt, dass sein Kranker in dem Munde der Prostituirten Gonococcen, welche von einem kurze Zeit früher vorgenommenen widernatürlichen Beischlafe herstammten, aufgenommen haben müsse.

v. Zeissl.

**Finger.** Prostatitis bei Spermatocystitis chron. als Complication chronischer Urethritis. (Wiener med. Presse. Nr. 19 und 20. 1885.)

Finger berichtet über zwei Complicationen chron. Tripper.

Im ersten Falle handelte es sich um eine Prostatitis mit dem zu derselben gehörigen Symptomencomplex der Schmerzhaftigkeit, der Samenergüsse, des häufigen Dranges zum Harnen, und der per rectum constatirten Prostatavergrösserung. Auffallend war in diesem Falle noch der matte Strahl, den F. von Reflexkrämpfen des Compressor urethrae ableitet.

Im zweiten Falle entwickelten sich im Anschlusse an den chron. Tripper, nebst einer Prostatitis noch beiderseitige Spermatocystitis. Trotzdem das Secret nur einige Samenfäden nachweisen liess, (Oligo-Zoospermie), waren per rectum Prostata sowohl als auch die Samenblasen deutlich vergrössert nachzuweisen.

In beiden Fällen gelang es F. durch kalte permanente Irrigation der erkrankten Gebilde vom Rectum aus mittels des Arzbergerischen Apparates und Stuhlzäpfchen von Jod-Jodkali Heilung zu erzielen.

Horovitz.

**Horovitz.** Der periurethrale Abscess und sein Verhältniss zur Harnröhrenfistel. (Wiener med. Wochenschr. Nr. 28 und 29. 1885.)

Unter 20 periurethralen Abscessen bei acuter Urethritis fand H. den Abscess nie hinter dem bulbösen Theile und andererseits hat er bei chronischer Blennorrhöe den Abscess nie an einer anderen Stelle, als am Perineum gesehen.

Dieser Unterschied in der Localisation ist nicht nur von prognostischer, sondern auch von therapeutischer Wichtigkeit. Denn das stramm die drei Schwellkörper einscheidende Gewebe der Tunica albuginea bietet einen sicheren Schutz der Urethra gegen entzündlich



erweichende Processe, so dass das lockere Zellgewebe um den Penis der Entzündung geradezu den Weg gegen die Oberfläche hin vorzeichnet.

Der im Verlaufe einer acuten Urethritis einsetzende Abscess geht gewöhnlich aus einem Infiltrate hervor, welches vor der Tunica albuginea sich entwickelt, die Harnröhre mitunter comprimirt, endlich schmilzt und nach Aussen durchbricht. Es ist klar, dass man bei solchen Abscessen mit der Incision nicht zögern darf.

Bei gründlicher Entleerung des Eiters und bei Application eines antiseptischen Verbandes heilen solche Abscesse rasch.

Wesentlich verschieden ist der Entwicklungsgang der periurethralen Abscesse bei chronischer Urethritis. Monate, selbst Jahre nach dem Ablaufe des acuten Tripperstadiums, tritt entweder nach einem Excesse in Baccho oder Venere, nach einer anstrengenden Fusstour oder nach einem Ritte ein mässiger Eiterfluss aus der Harnröhre auf. Gewöhnlich hört die Secretion nach einigen Tagen auf, und die Patienten glauben sich auch völlig gesund. Da tritt mit einem Male ein mässiges Brennen beim Harnen auf, das Mittelfleisch schwillt an einer Stelle ein wenig an, die anfangs mässigen Schmerzen nehmen sehr rasch an Intensität zu, es tritt Fieber auf, die Kranken collabiren, und wenn nicht zeitig genug durch einen chirurgischen Eingriff dem Uebel Abhilfe geschaffen wird, so kommt es zu ganz beträchtlichen Unterminirungen des Mittelfleisches, bis endlich nach erfolgtem Durchbruche der allgemeinen Decke ein blutig-eitriges, mit Harn gemengtes Secret sich entleert.

Diese Differenz im Verlaufe und klinischen Bilde beider Abscessarten erklärt sich leicht aus den pathologischen und anatomischen Verhältnissen. Während bei der Entstehung der Abscesse der acuten Blennorrhöe die Lymphbahnen und die Spalträume des Bindegewebes eine vermittelnde Rolle spielen, indem aus der Schleimhaut der Urethra via Lymphgefässe das schädliche Agens gegen das subcutane Zellgewebe des Integumentum commune vordringt — vielleicht spielt die Verschleppung der Neisser'schen Gonococcen durch die Spalträume des Gewebes dabei eine wichtige Rolle — so gibt bei der chronischen Blennorrhöe ein kleiner, fast unansehnlicher Substanzverlust der Schleimhaut den Anstoss zu einer Reihe von Erscheinungen, die sich zu dem Bilde einer schweren Krankheit constituiren.



Solche geeignete Stellen für Arrosionen beim Bestande eines chronischen Katarrhs sind die Littre'schen Drüschen, wo dieselben gehäuft angeordnet gefunden werden, wie um und hinter dem Bulbus.

Wenn dieselben verschwären und der Harn in denselben sich ansammelt, so entsteht eine Harninfiltration im Kleinen. Dieser stetig fortschreitende Process bewirkt schliesslich einen Zerfall mit Durchbruch der Harnröhre und Erguss einer etwas grösseren Harnmenge in das Gewebe, worauf reactive Entzündung mit Eiterung sich einstellt. Hochsinger.

**Boeck.** Resorcin bei der Behandlung der spitzen Warzen. (Monatsh. f. prakt. Dermat. Nr. 3. 1886.)

Spitze Warzen mit Neigung zu Recidiven, oder wo die mechanische Behandlung dieser Gebilde mit Löffel und Scheere nicht gut durchführbar wäre, entfernte B. gründlich und bleibend mit Resorcin. Entsprechend der Empfindlichkeit des Hautorganes wurden entweder 4—6 % Resorcinumschläge einigemal, tagsüber wechselnd, wochenlang applicirt; oder das Resorcin wurde in Pulverform (8 Th. Resorcin auf 1 Th. Zucker oder Wismuth oder Borsäure) auf die Warzen gestreut und ein Watteverband darüber angelegt. Die durch den scharfen Löffel verursachten Wunden mussten schonender behandelt werden, indem dieselben mit dünneren Resorcinlösungen oder anderen Mitteln bedeckt wurden.

Kleinere Warzen schwanden spurlos schon nach zweitägiger Behandlung; aber selbst die grösseren Exemplare schwanden auffällig unter dem Einflusse dieses Mittels. Horovitz.

**Casper.** Die Behandlung der chronischen Gonorrhö mit cannelirten Sonden. (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 49. 1885.)

Casper wendet mit gutem Erfolge bei chronischer Gonorrhö, die schon das Vorstadium von Strictur darstellt, leicht konische Neusilbersonden von 25 Cm. Länge, Charrière 18—23 an, die sechs etwa $1^1/_2$ Mm. tiefe, nach vorne flacher werdende, an der Spitze ganz aufhörende Rinnen haben, so dass die Sonden vorne glatt sind. In diese Rinnen wird eine Salbenmasse — Arg. nitric. 1, Butyr. cacao 100, Balsam Copaive 2, — die in einem geschnäbelten Abdampf-



schälchen langsam erwärmt worden, eingegossen, etwaige Unebenheiten geglättet, und dann die mit Glycerin bestrichene Sonde über die stricturirte Stelle hinaus eingeführt. Die Tiefe der Einführung, die Häufigkeit der Sondirung und ihre jedesmalige Zeitdauer richten sich nach der Besonderheit des vorliegenden Falles. Caspary.

## Zur Contagienlehre der Syphilis.

**Matterstock.** 1. Ueber den Bacillus der Syphilis. (Sitzungsber. der Würzburger phys.-med. Ges. 16. Mai 1885.)

Derselbe. 2. Ueber den Syphilisbacillus. (Ibidem. 6. Juni 1885.)

Derselbe. 3. Ueber Bacillen bei Syphilis. (Mittheil. aus der med. Klinik der Universität Würzburg. 1886.)

Die wesentlichsten Punkte der Matterstock'schen Untersuchungen wurden bereits im letzten Hefte dieser Vierteljahresschrift als Auszug einer Mittheilung Prof. Gerhardt's im „Verein für innere Medicin" in Berlin besprochen. Es erübrigt uns daher nur noch auf die Hauptmomente der nun abgeschlossenen ausführlichen Arbeit M.'s einzugehen.

Während M. in seinem ersten Berichte die Lustgarten'schen Angaben rückhaltslos in jeder Hinsicht bestätigt hat, musste er die Bedeutung der Secretbefunde mit Rücksicht auf die von ihm (vielleicht früher als von Alvarez und Tavel) gefundenen Smegmabacillen und die ungemein auffällige Polymorphie der Bacillen in syphilitischen Secreten in seiner nächsten Mittheilung annulliren, und beruft sich zur Aufrechterhaltung der Syphilisbacillen gegenwärtig nur noch auf die zweifellosen Bacillenbefunde in Gewebsschnitten und auf das Vorkommen von Syphilisbacillen in intacten syphilitischen Hautpusteln.

M. fand die „typischen" Bacillen unter 300 Schnitten (von 3 Sklerosen, 2 Papeln der Oberschenkel, 7 breiten Condylomen der weiblichen Genitalien und des Anus und 4 Hautgummen) in jedem dritten bis vierten Präparate vorhanden und zwar zwei bis höchstens sechs an Zahl theils in Zellen eingeschlossen, theils frei im Gewebe liegend und schliesst aus dem sicher beobachteten Vorkommen der Lustgarten'schen Bacillen in den verschiedenartigsten pathologischen



Erscheinungsformen der Syphilis, dass dieselben zweifellos „in ursächlichem Zusammenhang mit der Syphilis stehen, wenn auch erst ihre Reincultur und die erfolgreiche Impfung der letzteren dem Lustgarten'schen Gebäude den Schlussstein einzufügen haben werden".

Die Untersuchung des Secretes der intacten Efflorescenzen von vier Pustelsyphiliden der äusseren Haut ergab nur in einem Falle in drei von zahlreichen Präparaten ein positives Resultat; ferner erhielt M. positive Bacillenbefunde auch aus dem Secrete einer gleichzeitig mit dem Roseolaausbruche aufgetretenen Herpeseruption an der Innenfläche des rechten Oberschenkels, wobei der Boden der Herpesgruppe sich papelartig infiltrirt hatte.

Wir nehmen Anstand, diese Befunde gleichwerthig zu halten, mit den in Gewebeschnitten von Syphilisprodukten constatirten Bacillenbildern. Wir halten dem Verf. hier entgegen die ganz exorbitante Spärlichkeit der Bacillen in seinen Pustelpräparaten (drei von zahlreichen Präparaten), und seine eigenen negativen Befunde in drei anderen Fällen von Syphilis pustulosa, welche Umstände wohl nicht sehr zu Gunsten der für Syphilis pathogenen Natur dieses Pustelbacillus sprechen, erinnern ferner an die positiven Bacillenbefunde von Alvarez und Tavel in uneröffneten Herpes- und Pemphigusblasen, das nunmehr sicher constatirte Vorkommen eines normalen Bacillus epidermidis (Bordoni-Uffreduzzi), welcher zwischen den Hautschuppen verschiedener Körpertheile gedeiht [1]) und machen zur Erklärung der Farbenreaction dieser Bacillen auf die gleich zu besprechende Arbeit von Bienstock aufmerksam, die auch sonst geeignet ist, uns einen Schlüssel zur Erkenntniss mancher Färbungseigenthümlichkeiten von Spaltpilzen in die Hand zu geben. (Anm. d. Ref.)

Die in grossem Umfange mit vielem Fleiss und — wie es scheint — auch mit trefflicher Sachkenntniss vorgenommenen, massenhaften Secretuntersuchungen der verschiedensten syphilitischen und normalen Haut- und Schleimhautabsonderungen führten zu dem Resultate, dass in tinctorieller Hinsicht die Syphilis- von den Smegmabacillen nicht zu unterscheiden sind, dass zwar typische Syphilisbacillen in allen Secreten der Produkte des Secundärstadiums der Syphilis mit anderen atypischen Formen reichlich gemengt vorkommen, dass aber auch andere, nicht syphilitischen Personen entstammende, zumal fettige

[1]) Friedländer's Fortschr. d. Med. Nr. 5. 1886.



und leicht sauer reagirende Secretionen analoge Bilder liefern, und dass die L.'schen Bacillen in dem Secret gummöser Geschwüre der Haut, der Rachengebilde und des Larynx stets vermisst wurden.

Wir schliessen uns daher dem Schlusssatze der Matterstock'schen Arbeit vollkommen an: „Es bedarf wohl noch ebenso umfangreicher als sorgfältiger Versuchsreihen, besonders der leider sehr zeitraubenden Vergleichung der Secretbacillen mit den Bacillen in Gewebsschnitten, bis das letzte Wort in dieser subtilen Angelegenheit zu sprechen sein wird."

**Bienstock.** Zur Frage der sogenannten Syphilisbacillen und der Tuberkelbacillenfärbung. (Fortschr. d. Med. Nr. 6. 1886.)

Bienstock hat die gewiss sehr interessante Thatsache zu Tage gefördert, dass eine grosse Reihe von pathogenen und nicht pathogenen Bacillen, wenn dieselben in fetthältigen Medien zur Keimung gebracht werden, eine grosse Resistenz gegen die üblichen Entfärbungsmittel (Salpetersäure) gewinnen, insbesondere aber auch die von Lustgarten für seine Syphilisbacillen als charakteristisch angegebene Bleichmethode ohne den geringsten Schaden für ihre Färbungsintensität überstehen können. B.'s Eiweissbacillus (ein in den Fäces normaliter vegetirender Spaltpilz), desselben heubacillusähnlicher Pilz, die Bacillen des grünen Eiters, der Buttersäurebacillus (Hüppe), Milzbrand- und Typhusbacillen in 20% Butter-Fleischpeptonagargelatine gezüchtet färben sich vortrefflich trotz Kaliumpermanganat-Schwefeligsäure-Entfärbung.

Nun ist es klar, warum die Smegmabacillen, direct dem Secrete entnommen, nach Lustgarten's Methode sich färben (Tavel-Alvarez, Matterstock), in der Reincultur jedoch durch die Bleichmethode sich entfärben. Die den Smegmabacillus umhüllende Fettschicht schützt ihn vor dem Zutritt des in wässeriger Lösung befindlichen Entfärbungsmittels; seines Fettmantels beraubt, wie in der Reincultur, ist er der deletären Wirkung des entfärbenden Mittels schutzlos preisgegeben.

Salpetersäure in alkoholischer Lösung entfärbt alle fettumhüllten Bacillen (der Alkohol löst den Fettmantel), lässt aber den Tuberkelbacillen ihre Farbe, wässerige Salpetersäurelösung entfärbt jedoch die Butterbacillen (sit venia verbo) ebensowenig wie Tuberkelbacillen. (Hinfälligkeit der Ehrlich'schen Tuberkelbacillenfärbungsmethode für Secretuntersuchungen? Ref.)





Die spärlichen Bacillenbefunde in Papeln, Condylomen und Primärindurationen in der Genital- und Analgegend erklärt B. durch Einwanderung dieser Mikroorganismen aus den fettigen Hautsecreten dieser Regionen in die Gewebsspalten. Hochsinger.

**Diday.** Ueber Syphilisimpfung. (Lyon médical 30. November 1885.)

Diday meint, dass Pasteur's erfolgreiche Impfmethode gegen die Hundswuth anregen müsse, ähnlich bei der Syphilis vorzugehen. Dem Biss des Hundes ist jedoch nicht der syphilitische Primäraffect desjenigen, der vor der Syphilis behütet werden soll, zu vergleichen, sondern der syphilitische Primäraffect jener Person, von welcher der vor der Syphilis zu Behütende das Contagium aufgenommen. Die verschiedenen Verdünnungs- und Abschwächungsgrade des Syphiliscontagium finde man in den verschiedenen Produkten derselben. Das Maximum bietet das Secret eines syphilitischen Primäraffectes, der 14 Tage alt und noch nicht behandelt ist, das Minimum das Blut einer Mutter eines hereditär luetischen Kindes, welche nie Zeichen der Syphilis dargeboten hat, aber nach dem Gesetze von Colles immun gegen Syphilis ist. Diday meint, dass man durch Austrocknen syphilitischer Produkte ähnlich wie Pasteur bei der Hundswuth ein abgeschwächtes Contagium erhalten könne. Die Objecte, die sich einer solchen Impfung unterziehen würden, wären Individuen, die eine Infection nach unreinem Coitus befürchten, Ammen, welche des grösseren Gewinnes halber hereditär luetische Kinder säugen wollen, Ammen, die im Spital jedem eintretenden Säugling die Brust reichen müssen, Prostituirte, die gegen die Syphilisansteckung gefeit sein wollen. Vielleicht würden auch junge Leute die preventive Syphilisimpfung verlangen; da sie aber durch diese noch immer nicht gegen Tripper und weichen Schanker gesichert wären, so glaubt Diday nicht, dass junge Leute diese Impfung oft verlangen würden.

In der sich anschliessenden Discussion erklären Rollet, Aubert und Lépine Diday's Idee der antisyphilitischen Impfung mit Recht für verfrüht und sehr hypothetisch. Rollet sagt, dass in der tertiären Periode die Syphilisprodukte allerdings nicht infectiös und durch die Heredität die Syphilis nicht mehr übertragbar sei, aber, ob man den Impfstoff vom Primäraffect, oder von secundären Produkten nehme, immer sei das Resultat dasselbe. Uebrigens sei es



sehr zweifelhaft, ob sich Jemand zu dieser Impfung hergeben würde, weil man z. B. beim Säugegeschäft nicht immer inficirt werden müsse. Ausserdem müsste man erst durch Einimpfung auf Thiere nachgewiesen haben, dass man ein abgeschwächtes Virus besitze. Ob sich das Syphilisgift durch Austrocknen abschwächen lasse, sei erst zu erweisen, aber wegen des Verhaltens des Tripper- und Schankergiftes zu bezweifeln. v. Zeissl.

## Frühformen der Syphilis.

**Schadek.** Ein Fall von Leukoderma syphiliticum. (Petersburger med. Wochenschr. 43. 1885.)

Schadek fand im Kiew'schen Militärhospitale unter 100 syphilitischen Männern 8 Fälle von Leukoderma. Davon 4 am Halse localisirt.

M. B., 23 Jahre alt, zeigte im August 1884 ein Ulcus am Präputium, dem in einigen Wochen ein Exanthem folgte. Im December entstanden an Arm und Rücken, später im Gesicht etc. kleine Efflorescenzen, an den Unterschenkeln grössere Pusteln. Der Kranke wurde aufgenommen, trotz 29 Einreibungen kein Heilerfolg; es fielen fast alle Kopfhaare und Augenbrauen aus. Die Geschwürchen verheilten mit Hinterlassung von Narben. Am 12. Jänner wurde der Kranke auf die dermatologischen Klinik gebracht. Pat. schwächlich, blass, Phimosis praeputii, Leukoplakia buccalis, klein papulöses Syphilid an der ganzen oberen Körperhälfte in rundlichen Gruppen; einzelne Efflorescenzen, Pusteln darstellend, andere mit einer kleinen Borke oder Schuppen belegt. Dunklere Pigmentirung der Haut am Halse und Stamm, psychische Reizbarkeit. Therapie: Hydrarg. formamidat. subcutan.

29. Jänner: 12 Injectionen, Pusteln im Vertrocknen, Anämie und Reizbarkeit zunehmend; Herzklopfen, Kopfschmerz. Druck auf die Wirbelsäule schmerzhaft. Therapie: Bromkali.

2. Februar: An vielen Stellen Confluiren der Papeln; an den exanthemfreien Partien des Halses, der Brust und des Rückens, zahlreiche runde weisse Flecke von Linsengrösse mit scharfer Begrenzung ohne sonstige Veränderungen der Haut; die Flecke am Halse grösser, jedoch unregelmässig angeordnet, während die am Stamm regelmässig wie die Felder eines Schachbrettes angeordnet sind.



5. Februar: Subject. Beschwerden verschwunden; die weissen Flecke sind zahlreicher, neue Flecke an den Seitenflächen des Thorax und an den Armen.

1. Juli: Nach einer Einreibungscur, Sublimatbädern etc., war das papulo-pustulöse Syphilid geschwunden, die weissen Flecke des Leukoderma sind unverändert geblieben.

Sch. betont die nervösen Erscheinungen vor der Eruption der weissen Flecke, sowie die symmetrische Vertheilung der Efflorescenzen und glaubt, dass das Leukoderma mit Veränderungen im Rückenmarke zusammenhängen dürfte. Riehl.

**Zinsmeister.** Status epilepticus im secundären Stadium der Syphilis. (Wiener med. Wochensch. Nr. 37. 1885.)

Bei einer 51 Jahre alten, im condylomatösen Stadium (Papeln am Genitale) der Syph. stehenden Frau, die hereditär nicht belastet war, früher stets gesund gewesen, trat plötzlich nach vorhergegangenem, mehrwöchentlichem Kopfschmerze Epilepsie in gehäuften Anfällen auf (auch 32 Anfälle im Tage). Nach 8tägiger Dauer der Anfälle und drei Tage langer relativer Besserung trat der letale Ausgang unter Lungenerscheinungen, allgemeiner Schwäche und Koma ein. Zum Unterschiede von gewöhnlicher Epilepsie trat nach den ersten Anfällen kein komatöser Zustand mit stertorösem Athmen ein, sondern ein halbsomnolenter, indem die Patientin noch auf äussere Reize reagirte. Spätere Reize entbehrten des initialen Schweisses, der krampfhaft veränderte Tonus der Musculatur hielt länger an. In den Intervallen war das Sprachvermögen fast ganz aufgehoben. Rechte obere Extremität leicht paretisch; veränderliche Stimmung. Die Section ergab nebst Drüsenschwellung besonders in der linken Leistengegend, Hirnhyperämie und einen Tumor cavernosus der linken dritten Stirnwindung. Z. lässt die Frage offen, ob der Tumor cavernosus überhaupt mit den epileptischen Anfällen causal zusammenhänge und die letzteren vielmehr nur von der Syphilis abzuleiten wären oder ob der Tumor nur mit eine Bedingung war zur leichteren Auslösung der Anfälle, wie etwa ein Cysticercus im Hirne epileptische Attaquen bewirke, sobald sein Träger sich dem Weingenusse ergab. Im letzteren Falle müsste der Syphilis auf unsere Patientin ein solcher Einfluss vindicirt werden, wie dem Weine beim cysticercenkranken Patienten. Diese Erwägung ist gewiss wichtig und findet sicherlich in vielen Fällen ihre Bestätigung. Horovitz.



**Grunough.** Gehirnsymptome bei secundärer Syphilis. (Boston med. and surg. journ. Vol. 112. Nr. 24.)

Grunough theilt fünf Fälle mit, in welchen kurze Zeit nach der Infection Erscheinungen von Affection des Centralnervensystems auftraten. Ein Fall endete mit Tod, vier Fälle wurden geheilt. Die Erscheinungen bestanden in der Mehrzahl der Fälle in Facialislähmung und Lähmung der Extremitäten. Mehrmals machte sich Sprachstörung in auffallender Weise bemerkbar. Ein Mal traten 5 Monate, 2 Mal 6 Monate, 1 Mal 7 Monate nach der Infection die Zeichen der Lues auf. v. Zeissl.

## Spätformen der Syphilis.

**Bride.** Klinische Beobachtungen über Syphilis des Ohres und des Schlundes. (Glasgow med. journ. September 1885. p. 172.)

Bride veröffentlicht die Resultate seiner persönlichen Erfahrung über Syphilis des Ohres und des Schlundes.

1. Syphilis des Ohres. Daselbst beobachtete er gummöse Verschwärungen der Ohrmuschel, welche zuweilen auf den Gehörgang übergriffen, seltener primäre Geschwüre in der Nachbarschaft, Condylomata und Geschwüre im Gehörgange. Auch schuppende Syphilide sind ihm im äusseren Gehörgange untergekommen.

2. Das mittlere Ohr und das Labyrinth. Die suppurative Otitis media kann bei syphilitischen Individuen ebenso wie bei nicht syphilitischen vorkommen und bietet keine differentiirende Symptome. Ebenso begegne man bei syphilitischen Kranken, welche an inflammatorischen Affectionen des Nasenrachenraumes leiden, der einfachen Otitis media catarrhalis, welche ebenfalls keine für Syphilis charakteristischen Symptome darbiete. Narbiger Verschluss der Tuba oder Verwachsungen des Velum mit der hinteren Rachenwand können die Restitution des Mittelohres beeinträchtigen, ohne dass man deshalb von einer specifischen Ohraffection zu sprechen berechtigt sei.

1. Der Syphilis verdächtig erscheinen jene Fälle, wo die Taubheit plötzlich gewöhnlich ohne Schmerzen und einseitig mit oder ohne Pruritus eintritt und die Stimmgabel durch die Knochenleitung in dem afficirten Ohre besser als in dem gesunden Ohre gehört wird. Dieser Umstand schliesse zwar eine complete Paralyse des Gehörnerven aus, beweise aber nicht, dass das Labyrinth intact sei und



die Krankheit, wie man nach den Symptomen schliessen sollte, nichts anderes als eine nicht suppurative Mittelohrentzündung sei. Bei dieser jedoch bilde sich die Schwerhörigkeit sehr langsam aus. B. ist geneigt anzunehmen, dass in solchen Fällen auch die Schnecke krankhaft verändert sein müsse, so dass irgend eine Veranlassung wie Erkältung beim Baden genüge, um Serum- und Blutergüsse hervorzurufen. Die Prognose ist eine allgemein schlechte, die Therapie von geringem Erfolge. Diese Ohraffection kann sowohl ein secundäres als tertiäres Phänomen sein.

2. Eine zweite, ebenfalls sowohl das Labyrinth als auch das mittlere Ohr betreffende Form der Otitis syphilitica, bei welcher jedoch am Trommelfell Veränderungen nachzuweisen sind, kommt nach B. bei hereditär syphilitischen Kindern und bei tertiär erkrankten Erwachsenen vor. In solchen Fällen pflegt sich das Gehör durch Lufteinblasen zu bessern und wird die Stimmgabel in dem gesunden Ohre besser gehört als in dem kranken. Pruritus kommt vor, kann aber auch fehlen.

3. Die dritte Form von Syphilis des Gehörorganes befällt das Labyrinth und den Gehörnerven und kann zu jeder Zeit nach der Infection auftreten. Sie betrifft meist beide Ohren und hat absolute Taubheit im Gefolge. Die Stimmgabel wird nur in dem gesunden Ohr durch die Knochenleitung gehört, und wenn beide Ohren erkrankt sind, gar nicht. Die Krankengeschichte mancher hiehergehöriger Fälle correspondirt genau derjenigen der typischen Menière'schen Krankheit.

Syphilis des Schlundes.

1. Des Pharynx. Der Rachenkatarrh ohne Ulceration ist zuweilen das Resultat tertiärer Syphilis. B. sah je einen Fall von Gummaknoten im weichen Gaumen und an der hinteren Rachenwand. Geschwüre im Rachen verdanken ihre Entstehung meistens der Syphilis.

2. Des Larynx. Der syphilitische Katarrh kann vom nicht syphilitischen nicht unterschieden werden. Schleimpapeln hat B. niemals beobachtet. Verdächtig ist, wenn die Stimmbänder weiss und roth gefleckt sind. Die Diagnose der tertiären Larynxsyphilis ist nicht leicht. Nicht immer ist sie mit Pharynxsyphilis vergesellschaftet.

**Gangolphe.** Die tertiäre syphilitische Osteoarthritis. (Ann. de Dermat. et de Siphiligr. VI. 1885. p. 449.)

Gangolphe kommt in seiner Arbeit, nachdem er 3 Fälle





fremder und zwei eigener Beobachtung mitgetheilt, zu folgenden Conclusionen: Von den 3 Varietäten der Osteoarthritis, welche Méricamp aufgestellt hat, scheint nur eine erwiesen, nämlich die ossificirende Form. Die Angaben von Gies, Schuller und Virchow erlauben die Annahme, dass eine Gelenkserkrankung existirt, welche sich besonders durch Chondritis mit nachfolgenden sternartigen Narben charakterisirt und Hügelchen zeigt, welche an eine gelappte Leber erinnern.

Die Erkrankung bietet verschiedene Symptome während des Stadiums der Entwickelung, ihres Bestandes und der Heilung dar. Sie beginnt mit einem epiphisären Syphilome, welches, wenn es nicht incystirt ist, den Knorpel endlich durchbohrt. Das Gelenk füllt sich mit einer serös-purulenten Flüssigkeit, während die den Knochen und den Knorpel betreffende Alteration sich immer mehr und mehr ausbreitet. Der dadurch bedingte Substanzverlust wird durch eine röthliche Neomembran ausgefüllt, dieselbe ist gar nicht fungös. Die Ligamente bleiben intact, die Sinovialmembran ist verdickt, zeigt aber keine Fungositäten. Das Fehlen der Fungositäten, das Festhaften des Knorpels an das unterliegende Gewebe und das Fehlen des Tuberkelbacillus, sichern die Differentialdiagnose vor der tuberculösen Osteoarthritis. Unter dem Einflusse einer specifischen Behandlung, oder auch spontan, können diese Erkrankungen heilen. Häufig kommen Difformitäten der Gelenksenden vor, welche sich aber wesentlich von denen bei deformirender rheumatischer Gelenksentzündung unterscheiden.

Klinisch charakterisirt sich die osteo-arthritis syphilitica durch einen zuweilen sehr spärlichen Erguss verschiedener Natur, durch Krachen, die grosse Anzahl der ergriffenen Gelenke und die relative Schmerzlosigkeit. Das Gelenk ist in Beziehung der physiologischen Function so intact, dass es schwer ist, am Lebenden die Ausdehnung der Erkrankung zu vermuthen. In manchen Fällen findet man eine Difformität der Gelenksenden, zuweilen eine Schwellung der Diaphyse. Eine mehr oder weniger feste Ankylose kann die Folge der Osteoarthritis sein. Da die Neigung zur Spontanheilung vorhanden ist, scheint G. ein operativer Eingriff selten angezeigt. v. Zeissl.

**Charpy.** Die Knochenbrüchigkeit Syphilitischer. (Annales de Dermat. et de Siphiligr. VI. 5. 25. Mai 1885).

In vielen Fällen auffälliger Knochenbrüchigkeit Syphilitischer lassen sich Veränderungen im Knochenmark luetischer Natur nach-



weisen. Dem gegenüber aber stehen Fälle, in denen locale syphilitische Processe weder makro- noch mikroskopisch nachgewiesen sind, aber doch eine bedeutende Verminderung der Festigkeit der Knochen gefunden wird. Ch. hat die Festigkeit scheinbar gesunder Knochen syphilitischer Individuen untersucht und gefunden, dass dieselben eine Abnahme der Widerstandskraft gegen Biegen bis zu 50 % der Norm darbieten. Was war die Veranlassung dieser Brüchigkeit? Das Verhältniss zwischen Rinde und Mark war unverändert, die mikroskopische Untersuchung zeigte keine Veränderung. Auch das Verhältniss der organischen und mineralischen Bestandtheile war nicht verändert. Dem gegenüber ergab sich durch chemische Untersuchung eine Aenderung des gegenseitigen Verhältnisses der mineralischen Bestandtheile. Insbesondere ergab sich eine Verminderung des Fluorcalcium von 2·92 bei Gesunden, bis auf 1·99 bei Syphilitischen. Ch. führt nun die Knochenbrüchigkeit darauf zurück, da das Fluorcalcium gewiss zur Festigkeit des Knochens viel beitrage. Finger.

## Vererbungs-Syphilis.

**Mijulieff.** Ein Fall von Syphilisinfection in Utero. (Wiekblad van het nederlantsch tijdschrift vor geneeskunde. Nr. 22. 1885.)

M. berichtet über einen neuen Fall von Infection in Utero. Am 6. April 1884 stellte sich ihm ein 28 Jahre alter Kaufmann vor, der früher nie venerisch krank war und einige Tage früher an seiner Vorhaut ein kleines Bläschen bemerkte, welches sich alsbald in ein Geschwür umwandelte. Seit 3 Tagen bestanden Kopfschmerz und Mattigkeit. Obwohl der Kranke jeden unreinen Beischlaf leugnete, konnte es doch keinem Zweifel unterliegen, dass er mit einem syphilitischen Primäraffect behaftet sei. Von den 3 Tage später auftretenden allgemeinen Erscheinungen der Syphilis, wurde er durch eine Quecksilberinjectionscur und innerliche Application von Protoj. Hydrarg. befreit. In späterer Zeit wurde er noch von einem gummösen Syphilide befallen. Auch diese Erscheinungen wichen einer mercuriellen Cur. Da der Kranke noch 4 Tage, bevor er sich M. vorstellte, mit seiner Frau den Beischlaf geübt hatte, verlangte M. auch die Frau zu sehen, was aber erst 3 Wochen später zugestanden wurde. Seit $2^1/_2$ Jahren verheiratet, hat diese an weissem Fluss, aber nie an einer anderen Krankheit ihrer Genitalien gelitten. Das erste Kind ist rachitisch. Seit einigen





Tagen empfand die Frau Jucken und Brennen an den Geschlechtstheilen. Bei der Untersuchung fand M. 3 Ulcera der grossen Labien, fünf Tage später trat Roseola auf. Mercurielle Behandlung in Form subcutaner Injectionen. Nach 28 Injectionen waren die allgemeinen Erscheinungen der Syphilis geschwunden und nahm die Kranke von da ab Jodeisen. Die Kranke stand zur Zeit der Infection im dritten Monat ihrer Schwangerschaft. Diese wurde im weiteren Verlaufe nicht gestört und gebar sie am 23. September einen Knaben, welcher 3752 Gr. wog. Bei der Geburt zeigte das Kind keine Zeichen von Lues. Es wurde mit der Flasche aufgezogen. Am fünften Tage trat Coryza auf und am siebenten Tage erschien auf Brust und Bauch ein leichtes Exanthem. Therapie: kleine Dosen von Jodkalium. Das Kind kam langsam herunter, litt an Darmkatarrh und starb plötzlich am achtzehnten Tage an Convulsionen. M. fasst ganz richtig den Fall als eine Infectio in utero auf. v. Zeissl.

**Trousseau.** Hereditär-syphilitische Iritis bei einem sechs Monate alten Kinde. (Annales de Dermat. et de Siphiligr. VI. 107. 25. Juli 1885.)

S. F., 6 Monate altes Mädchen, wird am 25. April 1885 an die Augenklinik von G. gebracht. Vor sechs Wochen hatten sich bei dem Kinde Borken an den Augenlidern zu entwickeln begonnen, die Conjunctiva des linken Auges zeigte bedeutende Röthung. Entfernung der Krusten und Gebrauch von Collyr. adstr. luteum wurde angeordnet. Die Krusten schwanden rasch, doch die Röthung des linken Auges nahm zu, es stellte sich Lichtscheu ein, die Conjunctiva bulbi erwies sich besonders inijcirt, die Cornea trüb, die hintere Fläche derselben zeigt weissliche Punkte, das Kammerwasser ist trüb. Die Iris ist grünlich verfärbt, geschwellt, mit der Linse an mehreren Punkten verwachsen, die Pupille in Folge dessen ungleichmässig verzogen. Die Therapie bestand in Borlösung, Atropin und innerlichen Darreichung von liq. Van Swieten. Die Anamnese ergab, das Kind sei reif geboren, habe 3 Wochen nach der Geburt einen Ausschlag an den Unterschenkeln und im Gesicht dargeboten, zeigt auch noch einige syphilitische Efflorescenzen an den Schenkeln. Die Therapie ergab rasche Besserung. Zunächst wurde die Cornea heller, man sah deutlich 3 Knötchen am Pupillarrande der Iris; diese schwanden bald, die Synechien lösten sich, es erfolgte bis 18. Mai Heilung.



Die **Mutter** des Kindes acquirirte 3 Monate nach ihrer Verehelichung einen Schanker mit Consecutivis, wurde durch 3 Monate mit Protojoduret behandelt und war 9 Monate später gravid. Der Vater acquirirte die Lues 5 Monate vor seiner Ehe.

**Graham.** Ein Fall von knotig-geschwüriger Hautsyphilis hereditären Ursprungs. (Journ. of cut. and ven. diseases. III. 10. 1885.)

S. J., 16 Jahre altes Mädchen, erhielt, 5 Jahre alt, mit einem Stock einen Hieb auf den rechten Vorderarm. Etwa 14 Tage später entwickelte sich an der betreffenden Stelle eine Geschwulst, welche vereiterte und in ein Geschwür überging, das nie verheilte, sondern sich allmählich nach der Peripherie vorschob, in der Weise, dass im Centrum unvollkommene Vernarbung eintrat, in der Peripherie das Geschwür weiterschritt. Bei der Untersuchung zeigte die Patientin blasse Gesichtsfarbe und die gewöhnlichen Zeichen hereditärer Syphilis. Der rechte Vorderarm vom Hand- bis Ellenbogengelenk von einem derben, ungleichmässig hügeligen, theilweise von Borken bedeckten Narbengewebe überzogen, das stellenweise geschrumpft ist und zu Atrophie der unterliegenden Theile, sowie zu Oedem der Finger und des Handrückens führte. Diese Narbe erstreckt sich über das Ellenbogengelenk bis zur Mitte des Oberarmes, wo deren Rand durch eine speckige Geschwürsfläche mit derbem Infiltrationsring nach der gesunden Haut zu gebildet wird. Die linke Clavicula ist verdickt und unter derselben ein Geschwür mit speckigem Grund. Die Anamnese der Eltern gab keine Anhaltspunkte für Lues. Mercur, local und intern, brachte rasch Heilung. Vf. sieht die Erkrankung als das erste Symptom einer Lues hereditaria tarda an, da er keine Daten früherer Erkrankungen erlangen konnte.

Finger.

## Zur Therapie der Syphilis.

**Schütz.** Ueber Quecksilberchloridharnstoff, ein neues Antisyphiliticum. (Deutsche med. Wochenschrift. Nr. 14. 1885.)

Da der eine Bestandtheil, der so günstig wirkenden Präparate von **Wolff**, je ein Zerfallsprodukt des Eiweisses darstellt, so suchte Schütz eine andere, billigere und leichter zu bereitende amidartige Quecksilberverbindung, welche ebenfalls ein Zerfallsprodukt des Eiweisses zu dem einen Componenten hätte. Rohland rieth dem Autor an,



es mit dem Endprodukte des Eiweisszerfalles, mit dem Harnstoff, dem Diamid der Kohlensäure zu versuchen. Alte, ausgewachsene Kaninchen vertrugen mit der zunächst bereiteten Quecksilberchloridharnstoffauflösung Einspritzungen gut. Es wurde täglich eine ganze Spritze voll injicirt und 5, 10 und mehr Einspritzungen an aufeinander folgenden Tagen ohne jeden Nachtheil ausgeführt. Da durch Versuche feststand, dass ins Blut Thieren injicirter Harnstoff, selbst nach vorausgegangener Nierenexstirpation, schnell wieder ausgeschieden wird, ohne erhebliche Erscheinungen zu verursachen, so erschien die Anwendung der Lösung bei Menschen gefahrlos. Da beim Hg-Chloridharnstoff nicht wie beim Hg-Formamid und den Wolff'schen Präparaten von Hg-Oxyd ausgegangen wird, so ist die Darstellung des Präparates von Schütz ungemein einfach. Man löst 1·0 Sublimat in 100 Ccm. heissen destillirten Wasser und trägt in die erkaltete Lösung 0·5 Harnstoff ein. Für den praktischen Arzt ist es am einfachsten, sich 0·5 Dosen womöglich chemisch reinen Harnstoffes vorräthig zu halten und gegebenen Falles eine derselben in 100·0 einer 1% wässerigen Sublimatlösung aufzulösen. 8 Tage lang wurde eine derartige Lösung, ohne dass die Wirksamkeit geringer geworden wäre oder Zersetzungserscheinungen eingetreten wären, an Doutrelepont's Klinik benützt. Nach Sch.'s Erfahrung steht die Inunctionscur gegenüber den Injectionen, was Schnelligkeit der Heilwirkung betrifft, zurück.

Zwischen Sublimatkochsalzinjectionen, dem Hg-Formamid einerseits und der Glycocollquecksilber- und Harnstoffquecksilberchloridlösung anderseits, würde ein merklicher Unterschied in der Wirkungsweise zu Gunsten der letztgenannten Gruppe zu constatiren sein.

Wolff's Glycocollquecksilberlösung zeigt in Betreff der nöthigen Pflegetage und Spritzenanzahl geringe Vorzüge vor Schütz's Präparat, fortgesetzte Beobachtungen werden aber erst zeigen, ob dieselben bestehen bleiben. Das Harnstoffquecksilberchlorid ist ein billiges Präparat, das nicht täglich hergestellt zu werden braucht und sich durch seine Schmerzlosigkeit vor Quecksilberchloridkochsalzlösung und Glycocollquecksilberlösung auszeichnet. Blutige Diarrhöen wie bei Glycocollquecksilbereinspritzungen beobachtete Schütz bisher nicht. Die Ausscheidung des Hg aus dem Organismus scheint bei diesem Präparate rasch zu erfolgen. Hg war schon in der 24stündigen Harnmenge nach einer Einspritzung deutlich nachweisbar.



Vor Recidiven schützt dieses Präparat ebensowenig wie die übrigen Antisyphilica.

Bisher wurden 4 Recidiven und zwar relativ frühzeitig durchschnittlich nach $7^1/_2$ Wochen beobachtet. v. Zeissl.

**v. Watraszewski.** Ueber die Behandlung der Syphilis mit subcutanen Injectionen von Quecksilberoxyden. (Centralbl. f. d. med. Wissenschaften. Nr. 2. 1886.)

Da die von W. geübten Calomelinjectionen zuweilen von sehr unangenehmen Complicationen begleitet waren (Ischias ähnliche Schmerzen, Abscesse, Diarrhöe), versuchte er Hydrargyr. oxydul. nigr. und Hydrargyr. oxydatum rubr. in Suspensionen von Wasser und Gummi arabicum zu injiciren und war mit den Erfolgen sehr zufrieden. Es genügen 3—5 Injectionen von 0,06—0,10 Gr. auf eine Spritze in 6—8tägigen Intervallen. Nie traten die oben erwähnten Complicationen in Erscheinung.

**Dornig.** Ueber Hydrargyrum tannicum. (Wiener med. Wochenschr. Nr. 27. 1885.)

Dornig hat in 18 Fällen das gerbsaure Quecksilberoxydul in 0·1igen Dosen mit Milchzucker verabreicht und im Ganzen befriedigende Erfolge erzielt. Durchschnittlich liess er täglich 3 solcher Dosen nehmen und nur in 2 Fällen 5. Das Präparat wurde durchgehends sehr gut vertragen und verursachte niemals Koliken und Durchfälle. D. glaubt beobachtet zu haben, dass maculöse, papulöse und pustulöse Syphilide sich unter dem Gebrauche des Mittels auffallend rasch involvirten. Einen Misserfolg hatte D. bei einer Iritis syph. gummosa zu verzeichnen, die erst nach einer Inunctionscur und nach Gebrauch des Decoct. Zittmanni abheilte. Horovitz.





## Buchanzeigen und Besprechungen.

**Alcuni Dermatosi neuropatiche.** Studii clinici ed anatomici di Roberto Campana. Con figure e tavole. — Genova 1885.

**Resoconto clinico del Comparto speciale per le malattie cutanee del Ospedale Maggiore** di Milano. Memoria del Dr. Ambrogio Bertorelli. — Milano 1885.

Besprochen von Prof. Dr. Ernst Schwimmer.

Die Medicin des heutigen Italien, welche auf theoretischem und praktischem Gebiete einen vorgeschrittenen Standpunkt einnimmt, ist vornehmlich durch die Pflege der Specialfächer auf eine solche Stufe gelangt, dass es wünschenswerth geworden, sich mit den litterarischen Errungenschaften, die in Italien zu Tage gefördert werden, bekannt zu machen. Wenn auch die italienische Medicin nicht mehr die leitende Rolle einnimmt, die sie im Mittelalter besessen, so hat doch das Volk der Ideale und der Kunst die realen Bestrebungen aller Wissensgebiete mächtig gefördert, und die Medicin weist vornehmlich viele Studien und Arbeiten auf, die in der Wissenschaft vollgiltig anerkannt sind. Dass die italienische Medicin der letzten Jahrzehnte sich mehr an Deutschland als an Frankreich anlehnt, ist immerhin bemerkenswerth; doch ist ein Eklekticismus in ihrer wissenschaftlichen Richtung, welcher die Originalität der eigenen Leistungen nicht zum Nachtheile gereicht — nicht zu verkennen. Die Arbeiten auf dermatologischem Gebiete der letzten zwei Jahrzehnte, bieten mehrfache Belege für das Gesagte, und wir kennen kaum eines der schwierigeren Capitel dieser Specialdoctrin, welches nicht italienischem Fleisse und Forschersinn manche werthvolle Bereicherung verdanken würde.

Unter den grösseren Arbeiten, die im Laufe des verflossenen Jahres erschienen, verdienen die Monographien von Campana und Bertorelli besondere Erwähnung; erstere wegen ihrer werthvollen

histologischen und pathologischen Beiträge zur Beurtheilung einzelner Krankheitsfamilien, letztere wegen der eminent praktischen Richtung, die sich in der klinischen Verwerthung eines grossen Krankenmateriales kundgibt.

Campana, der als klinischer Lehrer der Dermatologie seit einer Reihe von Jahren an der Universität von Genua wirkt, und der sich den weit über die Grenzen seines Vaterlandes reichenden Ruf eines hervorragenden Fachmannes erwarb, behandelt in vorliegender Schrift ein interessantes Capitel aus dem Gebiete der neuropath. Dermatonosen. Dieser Autor hat drei Krankheitsgruppen, wie das Sarcom der Haut, die Prurigo und die Naevi zum Vorwurfe seiner Studien gewählt, und namentlich erstere Krankheitsform mit solcher Präcision und Gründlichkeit abgehandelt, dass seine Arbeit zu den gediegensten Leistungen der neueren Dermatologie zu zählen ist.

Die Monographie beginnt mit einer, bis ins kleinste Detail sich ergehenden aufmerksamen und eingehenden Schilderung mehrerer Fälle von universeller Sarcomatosis. Wir wollen die Darstellung der wichtigeren und interessanteren Erkrankungsform, welche den ersten Fall der Beobachtungen Campana's betrifft, in kurzem Auszuge wiedergeben.

Der Patient, von dem hier die Rede, war ein 55 Jahre alter Landmann, der sich bis zur Entwickelung des in Rede stehenden Leidens einer stets befriedigenden Gesundheit erfreute. Circa neun Monate bevor derselbe in Behandlung trat, litt er unter den Erscheinungen eines allgemeinen Unwohlseins, an einem ausgebreiteten sehr heftigen Jucken, das in quälender Weise sich steigerte, und den Patienten in seiner Arbeit und Thätigkeit bedeutend störte. Nach Aussage des Kranken entwickelten sich auch zu jener Zeit einzelne Knoten an den unteren Extremitäten, welche durch das anhaltende Kratzen sich entzündeten und vergrösserten. Ein haselnussgrosser Knoten, der an der Vorderfläche des rechten Schenkels entstand, erreichte allmählich die Grösse einer wälschen Nuss und in gleicher Weise entwickelten sich kleinere und grössere Knoten an verschiedenen Stellen, erst der rechten, später auch der linken unteren Extremität. Die Knoten vermehrten sich allmählich durch Uebergreifen auf die Haut des Hypogastrium, des Stammes und der oberen Extremitäten, zogen sich schliesslich auf den Nacken und das Gesicht; selbe erschienen theils isolirt, theils confluirend. Patient erschien nach der



Schilderung Campana's bei der Aufnahme ziemlich herabgekommen, zeigte eine schlecht genährte Musculatur, ein erdfahles Colorit und blasse Schleimhäute. Die geistigen Functionen waren ziemlich beeinträchtigt. Patient war zumeist somnolent. Die Besichtigung der Haut ergab das Vorhandensein einer grossen Anzahl von bohnen- bis wallnussgrossen Knötchen und Knoten, die theils tief in das subcutane Gewebe eingebettet, theils über das Hautniveau hervorragend erschienen. Einzelne der Neubildungen waren weich, doch nicht fluctuirend, schmerzhaft, andere härtlich anzufühlen; mitunter fanden sich auch exulcerirte Knoten mit erhabenen und entzündeten Rändern. Die Oberhaut, welche die einzelnen Knoten bedeckte, war stellenweise glatt und unverändert, stellenweise entzündet, an der Unterlage fest haftend, hie und da mit Krusten bedeckt. Die von den Neubildungen freie Haut des Körpers war durchwegs trocken, hie und da leicht schuppend; stellenweise waren seichte Narben und atrophische Hautstellen sichtbar. — Patient klagte über allgemeines intensives Hautjucken, das nur wenig Pausen anhielt, und bot die Zeichen allgemeiner Prostration.

Wir übergehen die bis ins minutiöseste und bis zu photographischer Treue wiedergegebene Schilderung der einzelnen erkrankten Körperpartien. Die Details dieser nahezu universellen Dermatose, die vom Kopf bis zur Zehe sich erstreckte, sind im Originale nachzusehen. Die interne Untersuchung ergab auch, dass dieses herabgekommene Individuum an Störungen der Circulation und Unterleibsorgane litt, und das Journal, das von der Zeit der Ueberführung ins Krankenhaus bis zum letalen Ausgange geführt wurde, spricht für die genaue und exacte Beobachtung dieses Falles.

Patient war einige Wochen nach seiner Aufnahme im Hospital an Lungenödem verschieden. Campana ergeht sich nun eines Weiteren in der Feststellung der Diagnose und der Differenzirung seines Falles von einer etwaigen leprösen, fibromatösen, fungoiden Allgemeinerkrankung, um mit Betonung aller Momente, welche den genannten Affectionen entsprachen, die Diagnose auf eine allgemeine Sarcomatosis zu stellen. Wir vermissen bei der exacten und präcisen Darstellung und Beurtheilung der in Kürze wiedergegebenen Krankengeschichte die mikroskopische Feststellung der sarcomatosen Entartung; denn die in vivo auf einzelne Knötchen oder Partien der Haut sich erstreckende histologische Untersuchung, welche Campana vornahm,



konnten die klinische Diagnose, soweit dies aus dem Originale zu entnehmen, nicht genügend erhärten.

Die post mortem vorgenommene eingehende anatomische Untersuchung hat für uns insoferne ein besonderes Interesse, als man durch selbe eine neoplastische Infiltration zahlreicher Nervenzweige zu constatiren vermochte, während im Gehirn, in der Medulla oblongata und im Rückenmarke keine wesentlichen Abnormitäten nachweisbar waren.

Die Veränderungen, die in einzelnen Nervenzweigen gefunden wurden, bestanden vornehmlich in einer spindelförmigen Verdickung jener Hautäste, deren Verlauf entsprechend sich der heftige Pruritus kundgegeben hatte und die durch kleinknotiges Infiltrat sich auf der Haut markirten, sowie jener Stellen, welche durch Sarcomknoten ausgezeichnet waren. So bot beispielsweise der Nervus medianus ganz besonders die stellenweise spindelförmige Anschwellung in seinem Verlaufe dar; der Durchmesser der dicksten Partien erreichte die doppelte Stärke eines normalen Medianuszweiges und zeigte sich bei der histologischen Untersuchung durchsetzt von Sarcomzellen, die bei verschiedenartiger Färbung als gelblich-schwärzliche Massen, während die Nervenelemente rosablass erschienen.

Bacillen liessen sich trotz eingehender Untersuchung nirgend nachweisen. Auch die Nervenendigungen in der Haut waren charakteristisch verändert, die Ausläufer von unregelmässiger Form, schwer bis in die äussersten Enden zu verfolgen, stellenweise sehr resistent und nicht leicht zu zerfasern, zeigen sie hie und da blos die Schwan'sche Scheide direct mit dem Neurilemma verbunden, ohne sichtbaren Axencylinder; selber war hinwieder von fremdartigen Granulationen erfüllt. Das die Nervenenden und -zweige umgebende Gewebe war von leicht tingirbaren, den Leucocyten ähnlichen Zellen durchsetzt, die als neugebildete Zellenelemente zu betrachten waren. — Die histologischen Befunde sind durch eine Reihe von vorzüglichen Zeichnungen belegt, welche die charakteristischen Veränderungen der peripheren, sowie der im Hautgewebe eingebetteten Nervenzweige illustriren.

Wie aus dieser auszugsweisen Darstellung ersichtlich ist, hat Campana die erkrankten peripheren Nervenzweige aufs Genaueste durchforscht, und seine interessanten Befunde dienen zum Belege pathologischer Veränderungen, wie sie bisher bei den Sarcomen nicht beschrieben wurden. Bekanntlich ist die sarcomatöse Neubildung nach

der ganzen histologischen Anlage als ein embryonales Gewebe bezeichnet worden (Cornil und Ranvier), und die Untersuchungen aus jüngster Zeit, die Babes bezüglich der Hautsarcome angestellt (Schwimmer und Babes in Ziemssen's Hautkrankheiten II, p. 471) lieferten den Nachweis, dass die excessive Entwickelung neu gebildeter Gefässe und Gefässanlagen die Erscheinungsweise des Sarcoms bedingen. — Inwieweit die Nervenelemente jedesmal bei diesen Bildungen mit verändert erscheinen, werden weitere Forschungen lehren; Campana's Befunde eifern dazu an, umsomehr, da in dem angeführten Falle die allgemeine Sarcomatosis von einem quälenden Pruritus begleitet war, und die Vermuthung nahe liegt, letztere als einen Folgezustand der mikroskopischen Nervensarcomatosis mit Reizzuständen auf der allgemeinen Decke zu betrachten.

Die folgenden 4 Krankengeschichten beziehen sich gleichfalls auf Fälle von ausgebreiteten Sarcombildungen der allgemeinen Decke mit theilweisen Teleangiektasien in der Umgebung der Neubildungen. — Von den Schlussfolgerungen, die Campana aus seinen Beobachtungen zieht, erwähnen wir nur in Kürze, dass er dem Nervensystem bei Entstehung der Hautsarcomatosis eine grosse ätiologische Bedeutung beimisst. Die Einzelnheiten seiner Beweisführung sind in dem Originale des Weiteren entwickelt. Besonders hervorzuheben wären noch die Ausführungen des Verfassers, der mit grosser Wärme und Entschiedenheit für eine grosse Reihe von Hauterkrankungen und Neubildungen in der allgemeinen Decke den neurogenetischen Standpunkt vertritt.

Der zweite und kleinere Theil der Monographie Campana's befasst sich mit der klinischen und histologischen Bedeutung der Prurigo als neuropath. Affection, sowie des Naevus in gleichwerthigem Sinne. Betreffs der Prurigo als selbstständiger Erkrankung bringt Campana keine neueren histologischen Befunde bei; er behandelt selbe blos im Zusammenhange mit der Erkrankung der peripheren Nerven, die er in dem oben angeführten Falle von Sarcomatosis cutanea, bei dem sich eine gleichzeitige Prurigo vorfand, beobachtete. Die peripheren Nerven, welche in den einzelnen Knötchen ausliefen, zeigten nämlich den Schwund der Axencylinder und einzelner Nervenröhren, und stellenweise statt des Myelins einen neugebildeten granulirenden Inhalt. Dieser Theil der histologischen Beweisführung für das Wesen der Prurigo ist Campana wohl nicht



vollkommen gelungen, da er keinen Fall einer genuinen Prurigo für seine Annahme zu verwerthen vermochte. Insolange nicht vollgiltigere Beweise für die anatomischen Veränderungen der in der rein pruriginösen Haut verlaufenden Nervenzweige beigebracht werden, können wir vorläufig nur den klinischen Begriff, die Prurigo als neuropath. Leiden zu betrachten, gelten lassen, wie dies Campana auch noch des Weiteren ausführt mit Zugrundelegung der Arbeiten von Auspitz, Scarenzio, Schwimmer, Gamberini u. A. — Mit einer ausführlichen Abhandlung über den Naevus auf Grundlage von 47 eigenen Beobachtungen, bei denen die Gefässmäler den Verlauf der verschiedensten Nervenzweige einhielten und der Erörterung des Nerveneinflusses auf die Pigmentbildung, schliesst das lehrreiche und interessante Werk, dem einige treffliche Chromolithographien angefügt sind. Wir empfehlen das Studium der genannten Arbeit allen Fachmännern und Aerzten, welche sich für das Wesen der zahlreichen neuropath. Hauterkrankungen interessiren, ein Thema, das trotz mehrfacher Anfechtung von der Tagesordnung wissenschaftlicher Arbeit nicht mehr abgesetzt werden kann, und das für unsere Specialdoctrin ein ergiebiges Feld eifriger Forschung bietet, mit der Aussicht auf reiche und lohnende Ernte.

---

Die zweite Eingangs angeführte Monographie von Bertorelli stellt einen Sammelbericht von der dermatologischen Abtheilung des grossen Mailänder Krankenhauses dar: derselbe umfasst die Krankheitsformen, welche in dem 6jährigen Zeitraume von 1879—1884 zur Behandlung kamen und die sich auf eine Beobachtungsziffer von nahezu 8000 Kranken vertheilen. Der Autor hat mit Absicht vermieden, sich in eine systematische Darstellung seines Themas einzulassen, er suchte dafür in aphoristischer Weise die ihm wichtig erscheinenden Formen der Hautaffectionen in der Weise abzuhandeln, dass er bald die ätiologische, bald die pathologische und schliesslich die therapeutische Seite einzelner Krankheitsgruppen beleuchtete. — Schade, dass er seiner Arbeit kein übersichtliches Verzeichniss beifügte, sondern blos die Zahl der zu den einzelnen Krankheitsfamilien gehörigen Patienten im Texte zerstreut anführte.

Da das ganze Werkchen eine eminent praktische Richtung einhält und sich hauptsächlich an die dermatologischen Lehren der Wiener Schule anlehnt, so können wir uns wohl an dieser Stelle in kein

ausführliches Resumé desselben einlassen. Wir finden den Autor überall bestrebt, bei Berufung auf die älteren und jüngst vergangenen Lehren der dermatologischen Wissenschaft sich auch mit den neuesten Fortschritten unserer Doctrin vertraut zu zeigen, und wir anerkennen, dass selber sich auch allenthalben als ein wohlerfahrener, tüchtig geschulter und litterarisch belesener Fachmann gibt. — Dass er der Krasenlehre und den herpet. Diathesen Bazin's noch heute zu Leibe geht, finden wir antiquirt, vielleicht that er's nur zur Widerlegung mancher in seinem engeren Vaterlande noch giltigen Anschauungen. Mit Vorliebe neigt sich aber Bertarelli, wie z. B. in der Aetiologie des Eczems, des Pemphigus, der Prurigo etc. der neueren neuropathologischen Richtung zu, und begründet seine Auffassung für einzelne neuropathologische Erkrankungsformen durch einschlägige Krankengeschichten. Erwähnenswerth erscheint uns ein in extenso beschriebener Fall von universellem Eczem mit ungemein heftigem Pruritus, bei dem nach vielfachen nutzlosen internen und externen Heilversuchen (sonderbarerweise auch durch Bäder und Kataplasmen!) die innere Darreichung von Goldchlorür (0·01 Gr. pro die und allmählich steigend) und äusserliche Anwendung von Goldplättchen eine unmittelbare Erleichterung des Juckens und rasches Erblassen und Rückbildung einzelner Efflorescenzen zur Folge hatten. Die Metallotherapie nach Burcq zeigte demnach eine vorübergehende Einwirkung auf die kranke Haut und die krankhaft gereizten Nervenelemente, aber keinen dauernden Effect. — Wir finden der Reihe nach abgehandelt: Ecthyma, Pemphigus, Prurigo, Herpes, Urticaria, Erythema, Gangraena cutis, Psoriasis, Lupus, und die parasitären Dermatonosen, jedes einzelne Capitel mit praktischen Bemerkungen versehen und durch passende Beobachtungen erläutert.

Die Kenntniss der einschlägigen Litteratur unserer Doctrin gibt sich in jedem einzelnen Abschnitte des im Ganzen sehr klar und leicht geschriebenen Werkes kund, und die vielen praktischen Winke in dem therapeutischen Theile zeigen, dass der Autor nicht nur ein sehr belesener, sondern auch ein gewissenhafter Arzt ist, bestrebt, seine Erfahrungen und Kenntnisse einem grösseren Kreise von Lesern als dem der speciellen Fachgenossen zugänglich zu machen. Die Ausstattung der Monographie ist eine gute und gefällige.

---

**Die elephantiastischen Formen.** Eine umfassende Darstellung der angeborenen und erworbenen Elephantiasis, sowie aller verwandter Leiden. Von Prof. Dr. Esmarch und Dr. Kulenkampf. Hamburg. Druck und Verlag von F. J. Richter. 1885.

Besprochen von Dr. Eduard Schiff, Docent an der Wiener Universität.

Das vorliegende, gross angelegte Werk hat das horazische nonum prematur in annum befolgt. Prof. Esmarch theilt in der Vorrede mit, dass das litterarische Material und die Abbildungen bereits vor zehn Jahren fertig lagen, doch wegen äusserer Hindernisse erst jetzt verarbeitet und veröffentlicht werden konnten. In ihrer vorliegenden Form ist diese mit schönem Atlas ausgestattete Monographie berufen, eine Lücke in der einschlägigen Litteratur auszufüllen, nicht nur durch das gesammelte reichliche Material, aus welchem der Verfasser mit seltenem klinischen Scharfblicke das Wesentliche und Gemeinsame herausgegriffen und vom Unwesentlichen und Zufälligen getrennt hat, sondern auch dadurch, dass sie den genetischen Zusammenhang gewisser, früher nur gesondert betrachteter Erscheinungen mit der El. nachweist, das Wesen der ersteren klarlegt, mithin durch neue Daten die Kenntniss dieser Krankheit in bedeutendem Masse vervollständigt. Wir lassen einen kurzen Auszug des werthvollen Werkes folgen.

Die Verfasser skizziren in gedrängter Darstellung die Entwickelung und Klärung der Kenntnisse der El. im weitesten klinischen Sinne des Wortes von den ältesten Zeiten bis zur Gegenwart; sie führen aus, dass lange Zeit hindurch grosse Verwirrung sowohl in der Classificirung ähnlicher Formen, als auch in der Nomenclatur herrschte, welch letzterer Umstand hauptsächlich den lateinischen Uebersetzern der arabischen Autoren zuzuschreiben ist. Es wird festgestellt, das ursprünglich die Ausdrücke El. Graecorum und Lepra Arabum für Aussatz, El. Arabum für Pachydermie, Lepra Graecorum für eine Art chronischer, fleckiger oder squamöser Exantheme gebraucht wurden.

Die Verfasser gruppiren ihre Darstellung folgendermassen: Sie halten vorerst die erworbenen und die angeborenen Formen auseinander; die Abhandlung der ersteren theilt sich wieder in die Capitel über die El. der Extremitäten, der Genitalien und über eine besonders charakterisirte Form, das Lymphscrotum. Da nur diese Gruppe den reinen Typus der im engsten Sinne genommenen El. aufweist, so



schalten die Verf. hier das Hauptstück über die pathologische Anatomie und Pathogenese der El. ein, um von hier ausgehend die Uebergänge zu den weniger scharf ausgeprägten Formen, zur El. des Kopfes und der Brüste, sowie zu den angeborenen Formen darzulegen. Diesen letzteren reihen sich an: die in besonderen Capiteln geschilderten elephantiastischen Krankheiten, die in El. teleangiektodes, einfache oder Lappenelephantiasis (El. fibromatosa) und El. neuromatodes mit dem Nervennaevus und dem neuropathischen Papillom unterschieden werden. Die Betrachtung des angeborenen Riesenwuchses und ein Abriss der Behandlung all dieser Krankheitsformen bilden nebst dem 28 Tafeln umfassenden Atlas den Schluss des Werkes.

Auf Grund der Darstellung der allgemeinen Charaktere der erworbenen El. wird diese definirt als eine „auf einzelne Körpertheile begrenzte, chronisch verlaufende Erkrankung, welche unter den Erscheinungen örtlicher Circulationsstörungen, insbesondere in den Lymphgefässen und Saftcanälen, begleitet und häufig auch eingeleitet von acuten Entzündungen zu einer Gewebezunahme des Haut- und Unterhautgewebes, demnächst auch Massenzunahme des ganzen Theiles führt.“

Endemisch kommt El. auf der östlichen Hemisphäre, etwa zwischen dem 30.° nördl. und dem 30.° südl. Breite, auf der westlichen Hemisphäre zwischen dem 25.° nördl. und 25.° südl. Breite vor, besonders auf Inseln und Küstenstrichen, häufiger an niederen als an hochgelegenen Orten; namentlich gelten als prädisponirend hohe Wärme, grosse Luftfeuchtigkeit, rasche Schwankungen des Barometer- und Thermometerstandes, niedrig gelegener, sumpfiger Boden. In Europa und Nord-Amerika wächst die Frequenz gegen den Aequator hin.

Endemisch ist El. in Süd-Asien und Central-Amerika; in ersterem kommt an manchen Orten auf 50—60 Personen ein Elephantiasiskranker, in Cochin auf 10 Personen, in Galle (Ceylon) auf 2 Erwachsene. Entgegen der Annahme Kaposi's sollen klimatische und Bodenverhältnisse eine bedeutende Rolle spielen, welche Meinung Esmarch mit dem Hinweise auf die Statistik des Vorkommens zu begründen versucht.

Die Frage der Heredität wird offen gelassen.

Der Beginn der Krankheit fällt am häufigsten ins 16. bis 20. Jahr.



Entstehungsursachen der sporadischen Fälle sind Schädlichkeiten, die einen Ueberschuss von Gewebs-, resp. Ernährungsflüssigkeiten oder ein Ueberwiegen derselben wegen mangelhafter Abfuhr bei gleichbleibender oder gar gesteigerter Zufuhr hervorbringen und dies sind: 1. recidivirende lymphangoitische Entzündungen, Erysipelas; 2. Hemmung des venösen Rückflusses, z. B. Varicen, Thrombosen, Compression der Venen etc.; 3. chronisch-entzündliche Processe der Weichtheile und Knochen; 4. chronische Exantheme, Lupus, Prurigo, Eczeme, endlich Luës.

Der Zusammenhang von Elephantiasisbildung mit Nervenverletzung in einem Falle kann als bewiesen betrachtet werden; nähere Beziehung zu Malaria wird verneint.

Es wird als höchst wahrscheinlich hingestellt, dass Filaria sanguinis hominis (Lewis 1871) beim Lymphscrotum, aber auch für tropische Elephantiasis im Allgemeinen causale Bedeutung hat.

Die Elephantiasis der Extremitäten zwischen dem 10. bis 30. Jahre auftretend, beginnt meistens mit wiederholten Fieberanfällen, Schwellung der Leisten, resp. Axillardrüsen, Erscheinen von lymphangoitischen Streifen und geringem Oedem.

Bei einer zweiten Form der Extremitäten-Elephantiasis lassen sich keine entzündlichen Zustände nachweisen, verlaufen also vermuthlich latent. (?)

Als dritte Form kann die lymphorrhagische bezeichnet werden.

Die El. der Genitalien tritt häufiger beim männlichen Geschlechte, und zwar am Scrotum nächstdem am Präputium auf, beim weiblichen Geschlechte sind die Labia majora ein häufiger Sitz der Krankheit, die allein und combinirt mit El. pedum auftreten kann. Die lymphorrhagische Form der El. kommt auf den Labiis majoribus selten vor, wohl aber die anderen Formen mit Entwickelung von manchmal colossalen Tumoren.

Die El. des Scrotum zeigt ein besonders charakteristisches Verhalten. Sie beginnt — entgegen der Ansicht älterer Autoren — gleich der El. der Extremitäten meist mit Entzündungs- und Fiebererscheinungen, zieht allmählich zur Bedeckung der manchmal ungeheuren Tumoren auch die Haut des Penis und das Präputium herbei, so dass ersterer dann nur am Grunde eines in die Tiefe des Tumors führenden Canales aufzufinden ist und tritt in Begleitung von

Lymphorrhöe oder auch ohne dieselbe auf. Sie entwickelt sich meistens aus einem Knoten, der, allmählich um sich greifend, das ganze Scrotum in einen beutelförmigen Klumpen verwandelt. Verf. hoffen, dass es gelingen werde, als Ursache der tropischen Formen des Lymphscrotums und der consecutiven El. die „Filaria sanguinis hominis“ nachzuweisen. Das Lymphscrotum besteht in der Bildung von Bläschen auf dem vergrösserten Hodensacke, welche spontan oder beim Anstechen ein coagulables, klares oder aber milchiges und chylusähnliches Fluidum ausfliessen lassen. Die Bläschen bilden sich in Folge von circumscripten Ausweitungen ektatischer und varicöser Lymphgefässe — nach der Hypothese — in Folge von Obstruction der feineren Gefässe durch obenerwähnte Filaria sanguinis hominis, welche Nematode von Lewis in chylösem Urin und in Blut, 1871 auch in der milchigen Flüssigkeit des Lymphscrotum entdeckt wurde. Das Weibchen ist 8—10 Cm. lang, 0·3 Mm. breit, rund und glatt, von opalinem Aussehen, „einem sich bewegenden Catgutfaden nicht unähnlich“. Es hat einen langen Nahrungsschlauch, eine am Halse mündende Vagina, einen gewundenen, mit Embryonen gefüllten Uterusschlauch und ist wahrscheinlich lebendiggebärend. Die Embryonen gelangen mit dem Lymphstrome ins Blut, wo sie aber nur Nachts zu finden sind. Ihre Fortentwickelung geschieht im Wasser, wohin sie durch die blutsaugenden Mosquitos gelangen; dem menschlichen Magen einverleibt, bahnen sie sich mittelst ihres Bohrapparates den Weg in die Lymphwurzeln des Scrotum.

Bei Gesunden fanden sich im Blute Filarien bei 16 % der Untersuchten, bei mit Lymphscrotum und Aehnlichem Behafteten bei 25·8—58 % der Untersuchten. Mit zunehmendem Lebensalter der Untersuchten nimmt die Häufigkeit der Fil.-Individuen zu. Im Alter von 10—20 Jahren fanden sich bei Einem von 17 5 Filarien im Blute, bei über 70 Jahre alten bei Einem von 3 Untersuchten.

Der Umstand, dass bei echter, vollständig entwickelter Elephantiasis die Filarien bisher nicht gefunden wurden, lassen wohl Esmarch's Hypothese etwas gewagt erscheinen.

### Pathologische Anatomie und Pathogenese.

In Bezug auf die pathologische Anatomie der erworbenen Elephantiasis bestätigt Esmarch die Befunde der hervorragendsten Forscher auf diesem Gebiete und weist nachdrücklich auf die ober-



flächlichen Lymphangiektasien und Lymphadenektasien hin; die oft chylös aussehenden Lymphausflüsse, die aber mit dem Chylus nichts gemein haben, kommen unzweifelhaft von den ektatischen Lymphgefässnetzen her. Es ist naheliegend, die Ektasien der Lymphcapillaren als das Primäre zu betrachten, welches nicht durch Lymphretention oder Regurgitation entsteht. Die Genese dieses pathologischen Zustandes ist in den oft wiederkehrenden Entzündungen zu suchen, welche in ursächlicher Aufeinanderfolge Anschwellung des Gewebssaftstromes, Veränderungen der Blutgefässwände und der Epithelien der feinsten Lymphbahnen, Alteration der chemischen Constitution und der Gerinnbarkeit der Lymphe veranlassen. So entstehen Wucherungen und Umbildungen desjenigen Bindegewebes, welches die directe Unterlage des Endothels der ersten Lymphwurzeln abgibt; diese Veränderungen führen zur Bildung cystischer Räume, zur Stagnation und chemischen Veränderung der hiedurch nutritive und formative Reize ausübenden Lymphe. Rein passives Oedem, meint Esmarch im Gegensatze zu Kaposi, könne keine Elephantiasis veranlassen; dies sei weder nachgewiesen, noch auch — in Anbetracht der bekanntlich geringen Plasticität der hiebei auftretenden Flüssigkeit — wahrscheinlich. Man muss vielmehr eine Combination wirksamer Momente zur Erzeugung elephantiastischer Verdickungen annehmen.

Die einleitenden Entzündungen sind meistens lymphangoitischer Natur, seltener rein erysipelatös, sehr oft wahrscheinlich Mischformen.

Die Elephantiasis des Kopfes, des Gesichtes und der Brüste.

Erworbene elephantiastische Verdickungen des Kopfes sind ziemlich selten: häufiger jedoch die angeborenen. Die äusserst straffe Galea, die gut heilende Gesichtshaut, endlich der leichte Abfluss der Gewebsflüssigkeiten verringern die Chancen des Zustandekommens solcher Erkrankungen, welche, wenn sie schon hier auftreten, einen weniger progressiven Charakter zeigen, als an den Extremitäten. Es ist auch schwerer, hier zu unterscheiden zwischen eigentlich elephantiastischer, zwischen der dem Fibroma molluscum sich nähernder Neubildung von Bindegewebe und andererseits zwischen solchen chronisch entzündlichen Verdickungen, welche cessante causa trotz jahrelangen Bestandes wieder rückgängig werden, bei denen kein selbstständiges Bestehen und Zunehmen einer bindegewebigen Verdickung der Hautgewebe vorliegt.





Die wohl auch Leontiasis (wohl zu unterscheiden von lepröser Leontiasis) genannten Verunstaltungen des Gesichtes entwickeln sich ebenfalls nach recurrirenden oder habituellen Erysipelen oder Traumen etc. und sind sehr häufig auf einzelne Theile anatomisch bestimmte Bezirke beschränkt, z. B. Wangen, die Nase, Lippen, Lider, Ohrläppchen. Man kennt auch einige Fälle von excessiver Verdickung der Galea, entstanden nach Erysipelen oder andauernden mechanischen Insulten.

Von den Lidern ist häufig das obere ergriffen, und hat die Neigung, auch die umgebenden Hautgebiete in Mitleidenschaft zu ziehen.

Elephantiasis der Brüste kommt in den Gegenden, wo El. endemisch herrscht, ziemlich häufig vor. Die bei uns auftretenden Mammahypertrophien erweisen sich als auf Entwickelung abnorm vieler und grosser Drüsenläppchen mit starker oder auch überwiegender Zunahme des intraacinösen Bindegewebes beruhend, während Haut und Panniculus nur entsprechend mitwachsen. Auch die bei Männern diffusen Fibrombildungen der Brüste gehören nicht der El. an. Bei unseren Hausthieren, auch dem Federvieh, kommt El. ebenfalls vor, und scheint dieselbe Entstehungsart zu haben wie beim Menschen.

## Die angeborene Elephantiasis.

Die als „angeborene Elephantiasis" bezeichneten Veränderungen haben neben der äusseren Aehnlichkeit mit dem klinischen Bilde der erworbenen El. als wesentlich nur das gemeinsam, dass es sich bei ihnen auch um eine Volumszunahme in den Bindegewebsmassen der allgemeinen Bedeckungen und des Subcutangewebes handelt. Sie können mehr oder minder abgeschlossen zur Welt gebracht werden, oder aber — in der Mehrzahl der Fälle — nur der Anlage nach präformirt, erst durch extrauterine, häufig ganz spät beginnende Entwickelung zu Stande kommen. Die angeborene El. zieht häufig die Blut- und Lymphgefässe und Nerven in Mitleidenschaft, ermangelt der diffusen Ausbreitung der erworbenen, hat vielmehr einen gewächsähnlichen Typus und bietet gar mannigfaltige Erscheinungen. Man kann diese in zwei grosse Gruppen vereinigen; die erste umfasst die Fälle mit vorwiegender Betheiligung des Saftgefässsystems, die zweite solche Fälle, bei denen in hervorragender Weise das Bindegewebe allein oder die Blutgefässe, oder endlich die Nerven den histologischen Charakter



bestimmen und vielleicht auch pathogenetisch von specifischer Bedeutung sind.

„Elephantiastische Veränderungen grosser Körperabschnitte oder gar der Hautbedeckungen des ganzen Körpers können offenbar nur auf constitutionellen Störungen beruhen, mag man diese nun in dyskrasischen Verhältnissen, Veränderungen der Blut- und Säftemischung oder in mangelhafter und ungleichmässiger Vertheilung der Körpersäfte, oder aber endlich in einer Combination dieser beiden Momente suchen. Insofern aber als vermittelndes Glied zwischen derartigen Störungen und den vorgefundenen elephantiastischen Veränderungen der weitverbreiteten Bindegewebslager offenbar die den Transsudations- und Resorptionsprocessen dienenden Einrichtungen und Apparate angesehen werden müssen, rechnen wir als zur ersten Gruppe gehörig:

A. Die weitverbreiteten elephantiastischen Schwellungen vorzeitig geborener oder mit besonderen Bildungsfehlern behafteter Früchte.

B. Solche elephantiastische Verdickungen mehrerer oder einzelner Gliedmassen oder Körperstellen, welche nachweislich auf einer fehlerhaften Anlage oder auf einer intrauterin vorgebildeten krankhaften Veränderung des Saftgefässsystems in kleineren oder grösseren Bezirken beruhen.

Die zweite Gruppe zerfällt entsprechend in drei Unterabtheilungen, welche freilich manche Uebergangsformen unter einander aufweisen, aber doch je nach dem Ueberwiegen dieses oder jenes Gewebes eine gesonderte Betrachtung erfordern.

A. Gefässelephantiasis (El. teleangiektodes).

B. Einfache oder Lappenelephantiasis (El. fibromatosa).

C. Nervenelephantiasis (El. neuromatodes).

Die zur ersten Classe der ersten Gruppe gehörigen Fälle sind in der Litteratur sehr spärlich anzutreffen und scheinen auch nicht hinreichend studirt worden zu sein; in die zweite Classe der ersten Gruppe gehören ausser den frühzeitigen, hartnäckigen Fällen von mannigfaltigem Typus und meist sehr raschem Verlaufe auch noch gewisse Formen von Makroglossie, Makrochilie und Makromelie, die ihre Zusammengehörigkeit mit den sensu strictiori El. genannten Veränderungen u. A. auch durch die Aehnlichkeit des klinischen Verlaufes ihres Auftretens documentiren. Sonstige Belege ihrer elephantiastischen Beschaffenheit sind der Nachweis, dass sie



Lymphangiombildungen sind, und dass sich in ihnen die charakteristische Bindegewebs- und lymphangiektatische Entwickelung vorfindet.

Die hypertrophischen Schwellungen sind oft durch Druck zu verkleinern und vergrössern sich manchmal bei Wirkung der Bauchpresse.

Gleichwie in der ersten Gruppe ist auch in der zweiten vorzugsweise das Unterhautbindegewebe der Sitz der krankhaften Anbildung; hiedurch und durch die vorwiegende Betheiligung der Gefässe trägt eine grosse Anzahl von Fällen den Charakter der El. mollis, die hier einen umgrenzten, geschwulstähnlichen Habitus annimmt und sich mit Vorliebe am Stamme und Kopfe localisirt."

Die zweite Gruppe Esmarch's gliedert sich folgendermassen: 1. Elephantiasis teleangiektodes = cavernöse Blutgeschwulst (Rokitansky) = Angio-Elephantiasis (Kaposi), bei welcher auch die Gefässnaevi erwähnt werden, die vom „Versehen" herrühren sollen; 2. die einfache oder Lappenelephantiasis (El. fibromatosa), zu der auch die besonders charakteristische Mott'sche Pachydermatocele gezählt wird; 3. die Nervenelephantiasis (El. neuromatodes) mit den vielfach combinirten Formen von plexiformen Neuromen, dem Nervennaevus und dem neuropathischen Papillom.

Im Anschlusse hieran wird noch des (falschen) Riesenwuchses gedacht, der oft ebenfalls Berührungspunkte mit congenitaler El. aufweist.

### Die Behandlung der Elephantiasis.

Nach einem Hinweise auf die Schwierigkeit der Prophylaxe lässt Verf. die bisherigen Heilverfahren Revue passiren und empfiehlt unter ihnen besonders die Compression — womöglich Digitalcompression — der respectiven Hauptarterie, ja, er erblickt hierin sogar das erste und Hauptmittel gegen erworbene Elephantiasis.

Lymphoderma oder Chyloderma heilen oft auf Anwendung von Aetzmitteln, während circumscripte Formen operativ zu behandeln sind. Auch bei partiellen Operationen zeigte sich oft guter Erfolg, indem benachbarte, infiltrirt gewesene Hautpartien später spontan zur Norm zurückkehrten.

Nach dieser gedrängten Wiedergabe des Wesentlichsten aus dem besprochenen Werke wird man wohl sehen, dass hier eine seltene



Fülle dankenswerther Belehrungen vorliegt, dass aber zugleich noch Manches dunkel bleibt. So ist beispielsweise die Rolle der Filaria sanguinis hominis bei der tropischen El. keineswegs endgiltig aufgeklärt; ihr Erscheinen coïncidirt nicht mit den ihr zugeschriebenen Wirkungen, ihr Verschwinden nicht mit dem Rückgange derselben. Um die ihr zugemuthete Stauung in dem Lymphgefässnetze bewirken zu können, müsste sie in grosser Anzahl vorhanden sein, hinreichend, um alle Communicationswege des vielfach anastomosirenden Lymphcanalsystems zu verstopfen, während ein derartig multiples Auftreten nicht nachgewiesen ist.

Dass auch die gewächsähnlichen Formen der El. angereiht wurden, wird der Dermatologe auch nicht ohne Widerspruch lassen können. Zugegeben, dass jene Berührungspunkte zwischen den verschiedenen Formen vorhanden sind, so genügen sie dennoch nicht, um eine systematische Zusammenfassung zu rechtfertigen, durch welche unklare Vorstellungen und mangelhaftes Distinguiren so leicht begünstigt werden können. Thatsächlich aber gibt es hiebei so viel Abweichungen bezüglich des Sitzes am Körper und in den Schichten der Körperdecke, im Verlaufe, in der Gestaltung und in der Prognose zwischen beiden Formengruppen, dass man uns wohl beipflichten wird, wenn wir, nach Auspitz den Process als das Massgebende der richtigen Classification betrachtend, die obigen Formen in ein anderes Gebiet verweisen.

---

**Dermatologische Studien.** Herausgegeben von Dr. P. G. Unna. Ergänzungsheft I. der „Monatshefte der praktischen Dermatologie" 1886.

I. **P. G. Unna.** Leprabacillen in ihrem Verhältniss zum Hautgewebe. Mit einer chromolithographischen Tafel.

II. **Dr. Adolf Lutz.** Zur Morphologie des Mikroorganismus der Lepra.

Besprochen von Dr. Carl Hochsinger in Wien.

Die Hauptergebnisse der Untersuchungen Unna's über die histologischen und bacterioskopischen Verhältnisse der leprösen Haut sind schon zur Genüge bekannt. Die auf Grund der neuen „Austrocknungsmethode" Unna's gewonnenen Bilder, welche die ausschliesslich extracelluläre Lage der Leprabacillen beweisen sollen, haben einen



heftigen litterarischen Streit (Touton, Neisser, Hansen, Melcher und Ortmann) heraufbeschworen (vide die einschl. Referate S. 290, 1886, dieser Vierteljschr.), der wie es scheint nicht zu Gunsten Unna's enden wird. Wer je ein gut gefärbtes, nach der bisher üblichen Schnittversorgungsmethode hergestelltes Leprapräparat gesehen hat, wer ferners in der angenehmen Lage war ein solches mit einem Unna'schen Präparate zu vergleichen[1]), der kann über die enorme Kluft, die in der Divergenz der so zur Anschauung gekommenen Bilder liegt, einfach nicht hinüberkommen. Dass die bisher als Leprazellen angesprochenen Gebilde wirklich Zellen sind, dass in denselben neben den Körnern zahlreiche dicht aneinander gedrängte Bacillen liegen, darüber kann kein Zweifel bestehen; ebenso sicher ist es aber auch, dass sehr viele Bacillen, theils isolirt, theils zu kleinen Gruppen agglomerirt auch ausserhalb der Zellen, vielleicht in den Lymphwegen liegen. Ob es aber angeht, die Bacillenwucherung nahezu ausschliesslich in die Lymphwege zu verlegen und dies durch Unna's Färbungs- und Trocknungsverfahren zur Ansicht gebrachte Bacillennetzwerk als das quasi mit Leprabacillen injicirte Lymphgefässsystem des Lepraknotens aufzufassen, wobei die grossen mit Vacuolen ausgestatteten Bacillenhaufen den varikös ausgebuchteten Stellen der Lymphcapillaren entsprechen sollen, das wollen wir dahingestellt sein lassen.

Von grossem Interesse sind die Angaben Unna's über die Leprabacillen im frischen Gewebssafte von Lepraknoten, welcher theils in der Form des sogenannten hängenden Tropfens, theils als Deckgläschentrockenpräparat untersucht wurde. „Das unzweifelhafte Resultat dieser Untersuchungen war stets ein und dasselbe. Es wurde nicht eine einzige Lymph- oder Gewebszelle gefunden, welche in ihrem Inneren Bacillen enthielt, alle Bacillen und Bacillenhaufen lagen frei zwischen den Gewebselementen, hin und wieder klebten sie denselben aussen an.“ (Ref. erlaubt sich dagegen nur zu bemerken, dass er sich von dem intracellulären Vorkommen der Leprabacillen auch an frischen Knotenpräparaten überzeugt hat, welche gelegentlich der Vorstellung eines Leprakranken in der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien durch Prof. Kaposi von dessen klinischem Assistenten Lustgarten demonstrirt wurden.) Im hängenden Tropfen und ungefärbt

[1]) Für die freundliche Uebersendung einschlägiger Präparate ist Referent Herrn Dr. P. G. Unna zu grossem Danke verpflichtet.



untersucht, sind die Bacillenhaufen häufig als stark lichtbrechende, kakteenähnliche agglomerirte Klumpen, welche aus ovalen mit schleimiger Hülle überzogenen Einzelhaufen zusammengesetzt sind, zu erkennen, ohne dass irgendwie die zellige Natur dieser Haufen ersichtlich wäre.

Bezüglich der histologischen Deutung der sogenannten Vacuolen in den Bacillennherden hat Unna seine Ansicht geändert. Er hält sie jetzt grösstentheils für bacillenlose, von der glasigen Schleimhautsubstanz der Bacillenhülle ausgefüllte, daher stark lichtbrechende, nicht färbbare und als Hohlräume imponirende Stellen in den Mikrobenhaufen. Schliesslich charakterisirt Unna den Lepraknoten als eine Infectionsgeschwulst, welche unter die infectiösen Hypertrophien zu rechnen ist. Unter diesen nimmt er dadurch eine ganz besondere Stellung ein, dass seine Hauptmasse von Mikroorganismen gebildet ist; er ist geradezu als ein bacillärer Tumor aufzufassen, in dem die geweblichen Veränderungen blos eine untergeordnete Rolle spielen.

Lutz steht in der Deutung der bacterioskopischen Leprabilder zwar etwas reservirt, aber doch unleugbar auf dem Unna'schen Standpunkte. Das Punctum saliens seiner Auseinandersetzungen bezüglich der Morphologie des Leprabacillus ist der wohlgelungene Nachweis, dass der Leprapilz ein aus Kugelzellen (Micrococcenzellen) und einer zwischen dieselben eingelagerten gallartigen Zwischensubstanz besteht, welche man durch Färbung nach Gramm und nachträgliche Salpetersäureentfärbung vollkommen differenziren kann indem sich hiebei die Bacillen in Zellcomplexe auflösen, welche bei extremster Säurebehandlung zur Ansicht von streptococcenähnlichen Gebilden führen. Terminus Bacillus passt daher nicht mehr auf die Lepramikroorganismen, da wir mit diesem Namen stäbchenförmige Zellen oder Zellencomplexe bezeichnen, welche nicht weiter differenzirt sind und endogene Sporen bilden. Lutz schlägt vor für den Lepraspaltpilz und den Tuberkelbacillus, welch letzterer sich in der von Lutz vorgetragenen Richtung analog dem Leprabacillus verhalten soll, den Terminus Coccothrix zu acceptiren mit der naturhistorischen Definition: Kleine und coccenähnliche Zellen, die sich ohne Mitbetheiligung der Zellmembran nur in einer Richtung theilen und daher in Reihen getroffen werden. Dieselben sind von den gedehnten allmählich vorquellenden Zellhäuten überzogen. Zwischen den einzelnen der Entfärbung widerstehenden Coccenzellen befinden sich die farblosen





Interstitien. Bei unvollkommener Entfärbung der innersten Schichten der gallertigen Hüllen entstehen Bilder, welche wie auf Fäden angereihte Perlen oder wie Stäbchen aussehen.

Die sehr interessanten Befunde Lutz's, von deren vollkommener Richtigkeit Ref. sich an ihm gütigst überlassenen Originalpräparaten des Autors überzeugen konnte, sind übrigens dem Ref. nicht vollkommen neu, da derselbe bei Lustgarten ganz ähnliche Dinge sehen konnte, über die Lustgarten selbst demnächst zu publiciren gedenkt.



C. Ueberreuter'sche Buchdruckerei (M. Salzer) in Wien.





*Fig. 1.*

**Durchschnitt einer Efflorescenz von Pemphigus vegetans.**

*a* Fachwerk, bestehend aus verlängerten Retezellen. *b* Stachelzellen. *c* Gefässschlinge. *d* Nester von Eiter- und Exsudatzellen. *e* Exsudatzellen im Cutisgewebe. *f* Lymphgefässschlinge. *g* Infiltrirte Schweissdrüsen. *m* Verödeter Haarbalg.



Neumann, Ueber Pemphigus vegetans (frambosioides).

Fig. 2.




Verticaler Schnitt vom Pemphigus vegetans.

c Gefässschlinge. d Nester von Exsudat- und Eiterzellen. e Exsudatzellen in der Cutis. h Kolbenförmige Ausbuchtung. i Schweissdrüsenknäuel des Haarbalges mit Wucherungen. k Körnig getrübtes Cutisgewebe. l Verlängerte Retezapfen. m Verödeter Haarbalg.

Neumann. Ueber Pemphigus vegetans (frambosioides).

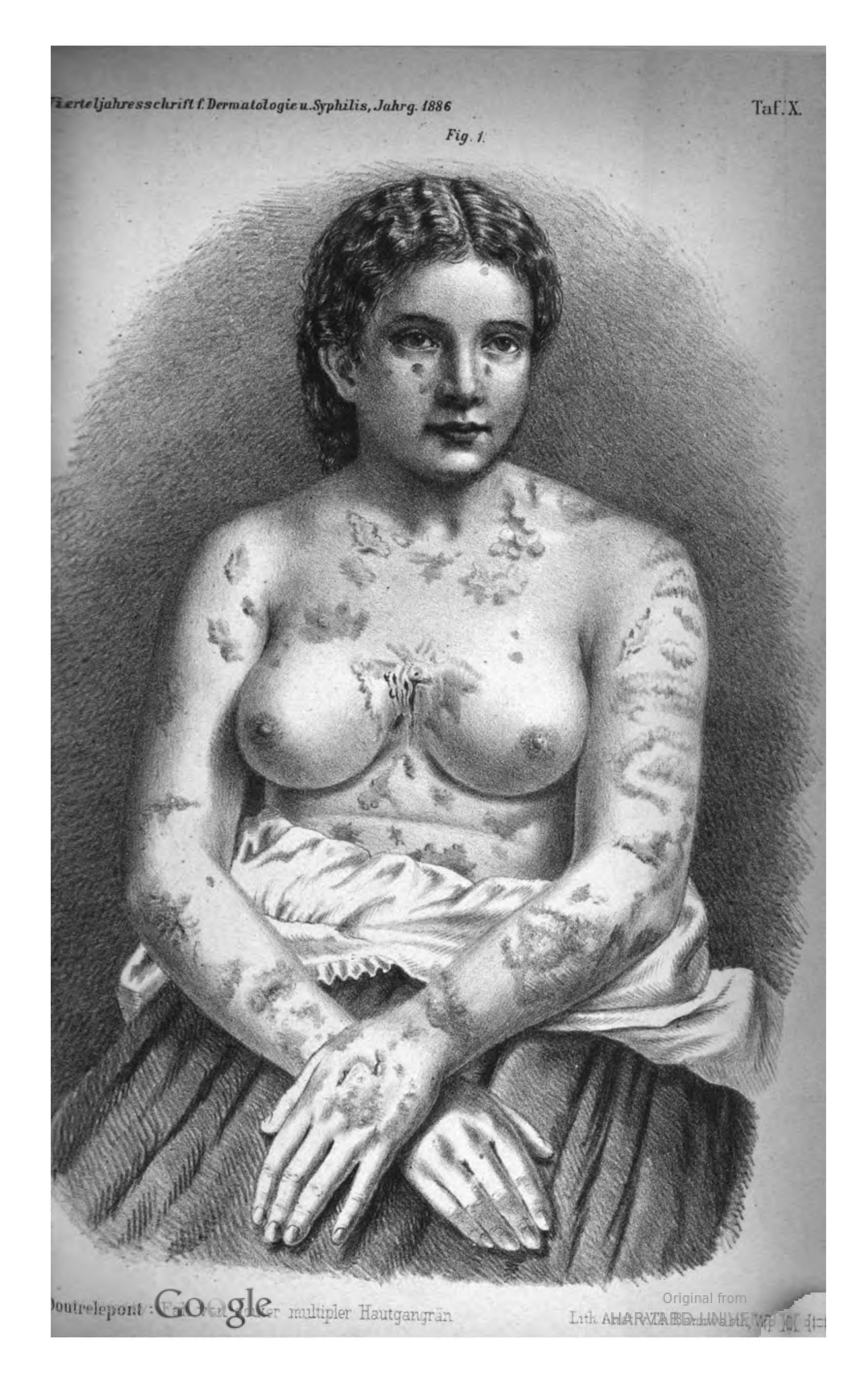
**Neumann**: Ueber Pemphigus vegetans (frambosioides).

Lith. Anst. v. Th. Bannwarth, Wien.



Neumann: Ueber Pemphigus vegetans (framboesioides)

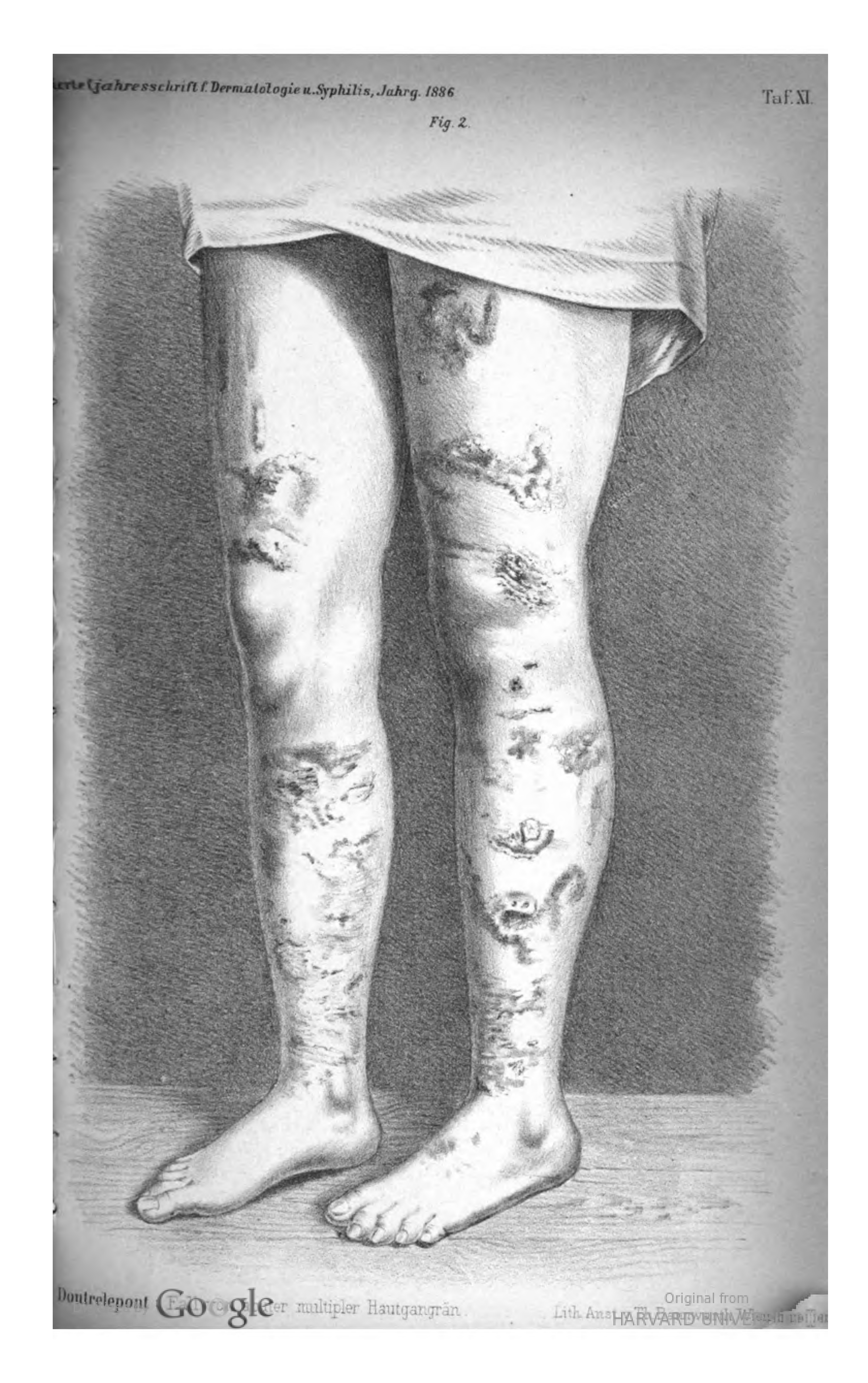
Lith Anst v Th. Bannwarth, Wi




Doutrelepont: ... multipler Hautgangrän

Lith. Anst. ...

Fig. 2.



Doutrelepont ... multipler Hautgangrän. Lith. Anst. ...

Fig. 3.

Fig. 4.

Fig. 5.



Dentraleopont: Fall von acuter multipler Hautgangrän.

Lith Anst v Th Bannwarth, Wien

Rheinprovinz
Hessen
Mainz
Oppenheim
Alzey
Worms
Bensheim
Darmstadt
Reinheim
Fürth
Erbach
BAYERN
Unterfranken und Aschaffenburg
Wertheim
Buchen
Tauberbischofsheim
Adelsheim
Kirchheimbolanden
Frankenthal
Weinheim
Mannheim
Eberbach
Mosbach
Rhein Pfalz
Neustadt
Speier
Heidelberg
Schwetzingen
Germersheim
Wiesloch
Sinsheim
Eppingen
Jagstkreis
Landau
Bruchsal
Karlsruhe
Bretten
Durlach
Ettlingen
Elsass
Neckarkreis
WÜRTEMBERG
Pforzheim
Rastadt
Schwarzwaldkreis

Sachs: Beitr. z. Stat. d. Lupus.

Kartogr. Anst. v. Th. Bannwarth in Wien.



# HEINRICH AUSPITZ,

**geboren am 3. September 1835,**

**gestorben am 23. Mai 1886.**

---

Zu jäh ist die Katastrophe über uns hereingebrochen, **Dein** unermüdlicher Schaffensdrang hat uns hinweggetäuscht über die Nähe der Gefahr. Tief erschüttert im Innersten meiner Seele bin ich hieher geeilt an **Dein** offenes Grab, um **Dir** letzte Grüsse zuzurufen. Letzte Grüsse im Namen der leidenden Menschheit, der **Du** so hilfreich beigestanden. Letzte Grüsse im Namen jener freien Gemeinde, deren Banner die Wissenschaft, deren Cultus die Wahrheit ist und deren Zierde **Du** gewesen. Letzte Grüsse von mir, dem **Du** durch zwei Decennien zur Seite gestanden, als treuer Freund und guter Kamerad, in gemeinsamer Arbeit und in dem Streben, die Errungenschaften unserer Fachwissenschaften hinauszutragen in die Welt, zum Ruhme der Schule, der **Du** entsprungen, zur Ehre des Vaterlandes, das **Du** so heiss geliebt. Auf diesem Felde, auf dem **Du** so siegreich gefochten, hast **Du Dir** unverwelkbare Lorbeeren errungen und so die Worte des Dichters bewahrheitet: „Wer den Besten seiner Zeit genug gethan, der hat gelebt für alle Zeiten."

**Dein Andenken wird ewig leben!**

**Ruhe im Frieden!**





Nach Wiedergabe der wenigen Worte, welche ich unter dem Eindrucke des grossen Schmerzes, den mir der Verlust des Freundes bereitete, an seinem Grabe gesprochen habe, will ich es versuchen, meiner Pflicht zu genügen, das Leben und Wirken des Dahingeschiedenen an dem Orte zu schildern, an dem das fruchtbarste Feld seiner Thätigkeit gelegen war. Niemand wird wohl mit mir rechten, wenn meine Feder jetzt, kaum dass zwei Monde seit dem traurigen Ereignisse verflossen sind, befangen und nicht objectiv genug gewesen ist.

---

**Heinrich Auspitz** war am 3. September 1835 zu Nikolsburg in Mähren geboren. Als sein Vater nach Wien übersiedelte, wo er die Stelle eines Primar-Chirurgen am Judenspitale erhielt, kam Heinrich an das akademische Gymnasium und bestand daselbst am 18. Juli 1853 das Maturitätsexamen mit ausgezeichnetem Erfolge. Im October desselben Jahres bezog er die Universität Wien, der er fortan bis an sein Lebensende fast ununterbrochen als Schüler oder Lehrer angehörte.

Damals hatten die ausgezeichnetesten Kräfte der Wiener medicinischen Schule, Rokitansky obenan, ihren Culminationspunkt schon überschritten, aber das hellstrahlende Licht dieser Sterne erster Grösse begeisterte noch immer eine stattliche Zahl strebsamer und hochbegabter junger Männer zu eifrigster wissenschaftlicher Arbeit. Unter diesen Jüngern der Wissenschaft wurde Auspitz als einer der strebsamsten und begabtesten willig anerkannt.

Nachdem er am 31. December 1858 das Doctorat der Medicin erlangt hatte, trat er im Jänner des darauffolgenden Jahres in den ärztlichen Dienst des allgemeinen Krankenhauses ein und wurde auf

den verschiedensten Abtheilungen als Secundararzt verwendet. So hatte er Gelegenheit zu vielseitiger Ausbildung, bevor er im Jahre 1862 bis 31. März 1864, wo ich ihn in dieser Stellung ablöste, als erster Secundararzt der Klinik und Abtheilung für Hautkrankheiten an der Seite unseres Grossmeisters Hebra seine ganze Thätigkeit dem Studium der Dermatologie zuwandte.

Inzwischen hatte sich jener grosse Umschwung vollzogen, welcher in der Pathologie durch ein intensiveres Studium der pathologischen Histologie und der Experimental - Pathologie eingetreten und in Virchow's Cellularpathologie zum Ausdrucke kam, während auf therapeutischem Gebiete die nüchterne Skoda'sche Skepsis einem belebenden Hauche heilbringender Behandlungsmethoden weichen musste.

Auf Hebra's Klinik, wo die eifrigste Pflege der Dermatologie, als Specialwissenschaft, den weiteren Ausblick auf die Gesammtpathologie nicht behinderte, in dessen Vorlesungen und klinischen Besprechungen die Erörterung allgemein pathologischer Fragen wahrhaft zündende Wirkung auf die Zuhörerschaft ausübte, war dieser Umschwung in der Medicin der Gegenstand eingehender Besprechungen der Abtheilungsärzte mit ihrem Lehrer, die bei Auspitz auf umso fruchtbareren Boden fielen, als er, nur allzusehr geneigt, scharfe Kritik zu üben, sich mit grosser Gewandtheit und Sachkenntniss zum Vertheidiger der neuen Lehren eignete.

Mit dem grössten Eifer betrieb nun Auspitz das Studium der pathologischen Histologie, zuerst unter Wedl's, dieses aufopferungsvollen, uneigennützigsten Lehrers, Leitung, dann selbstständig und in Gemeinschaft mit S. Basch.

Als erste Frucht dieser Studien entstand die Arbeit von Auspitz und Basch: „Ueber die Natur des Blatternprocesses". Virchow's Archiv 1863. Im Jahre 1864 folgte die Abhandlung: „Ueber die Zelleninfiltration der Lederhaut bei Lupus, Syphilis und Scrophulose", Jahrbücher der Gesellschaft der Aerzte 1864.

Durch diese beiden Arbeiten sicherte sich Auspitz einen festen Platz unter den jüngeren Dermatologen, denn diese Arbeiten förderten nicht allein neue Thatsachen zu Tage, sie bewiesen grosse Originalität, indem sie den Weg zeigten, auf dem man zur Erklärung der Krankheitssymptome und zu wissenschaftlicher Lösung ätiologischer Fragen gelangen könne. Hieher gehört





auch seine Arbeit über Hautsclerem, in welcher Auspitz besonders seine Belesenheit und Literaturkenntniss documentirt.

Diese Arbeit, sowie eine unbedeutende Publication über das Eczem des äusseren Ohres im I. Bde. des Archivs für Ohrenhlk. füllten die Pause bis zum Jahre 1866, in welchem sein Buch: „Die Lehren vom syphilitischen Contagium und ihre thatsächliche Begründung“, erschien. Dieses Buch, unentbehrlich für Jedermann, der sich nur etwas eingehender mit der Contagienlehre beschäftigen will, ist das Beste, was Auspitz geleistet hat. Hier befand er sich auf seinem eigentlichen Berufsboden, hier hat er über Mittel verfügt, über Talent, Begabung und Wissen, wie nur selten mehr später und nie mehr in solcher Weise. Das Buch liefert eine Zusammenstellung aller Theorien über die Syphilis von den ältesten Zeiten bis auf unsere Tage in seltener Vollkommenheit, durchdringt diesen Wust von Arbeiten mit einem bewunderungswürdigen Scharfblick, scheidet durch strenge Kritik Spreu vom Weizen und spitzt sich Schritt für Schritt kritisch vorwärts schreitend zu einigen fundamentalen Sätzen zu, deren Giltigkeit aufrecht bleibt bei allem Wandel der Ansichten.

Nichts kann besseren Aufschluss geben über Auspitz's Wesen und Charakter, sowie über seine eigenthümliche Arbeitsweise und Leistungsfähigkeit als dieses Buch. Ausgezeichnete Sprachkenntniss, ungeheuere Belesenheit, scharfes philosophisches Denken, lebhafte Phantasie und die Freude an ätzender Kritik — dabei glänzende Diction und vollendete formale Behandlung der Dinge, das waren die hervorstechendsten Eigenschaften von H. Auspitz. Die langsame, auf die Ergründung der thatsächlichen Verhältnisse gerichtete, sowie die inductive Arbeitsweise behagte ihm nicht und wann und wo er sie versuchte, riss ihn seine lebhafte Phantasie hinweg vom realen Boden und spielte ihm arge Possen, die er oft zu spät gewahrte.

Mittlerweile, während einer kurzen Dienstzeit als Secundararzt am Judenspitale, habilitirte er sich als Privatdocent für Dermatologie und Syphilis an der Wiener Universität.

Seine Thätigkeit als Lehrer war von geringem Erfolge begleitet. Auspitz glaubte die Ursache davon in einem unzulänglichen Lehrmateriale suchen zu müssen, allein es sollte sich zeigen, dass die



Gründe hiefür anderwärts lagen. Auch seine Thätigkeit als Arzt gab ihm lange Zeit nicht den erwarteten Lohn.

Er fand wenig Befriedigung nach der einen, wie nach der anderen Richtung, als ich im Jahre 1868 eben daran ging hier in Prag ein deutsches Centralorgan für unsere Specialwissenschaften zu begründen. Es erschien mir dringlich einen Wiener Collegen in der Redaction zu haben und von diesen niemand geeigneter als mein Freund Auspitz. So erschien denn mit dem Jahre 1869 das **Archiv für Dermatologie und Syphilis** unter seiner und meiner Redaction in **Prag, J. G. Calve'sche Universitäts-Buchhandlung** (Ottomar Beyer).

Auspitz, welcher die Bedeutung dieses Unternehmens wohl erkannte und meinen Antrag mit aufrichtigem Danke acceptirte, erhielt durch die neue Thätigkeit frische literarische Impulse. Die Stagnation, welche vom Jahre 1866 bis zum Jahre 1869, er hatte inzwischen 1867 nur eine Schrift, die mehr für das grosse Publicum berechnet war: „Die Seife und ihre Wirkungen auf die gesunde und kranke Haut" geschrieben, vorübergehend eingetreten war, wurde vollständig gebannt und nun erschien eine Reihe von Artikeln, die soweit ihnen grösseres Interesse innewohnte, sämmtliche in diesen Blättern publicirt wurden und die wir am Schlusse namhaft machen.

Ein zweites Ereigniss sollte nach einer anderen Richtung hin fördernd auf Auspitz's Thätigkeit einwirken, ich meine die Begründung der allgemeinen Poliklinik in Wien.

Ich stehe gegenwärtig den Wiener Verhältnissen zu ferne, als dass ich mir anmassen dürfte in dem grossen Streite, der über dieses Institut geführt wird, ein Urtheil pro oder contra abzugeben, das aber weiss ich, dass dieses Institut keinen geeigneteren Leiter haben konnte als Auspitz und dass andererseits für diesen die allgemeine Poliklinik der einzige Ort war, wohin er sich mit seinen wissenschaftlichen Bestrebungen flüchten konnte.

Es muss hier ausgesprochen werden, dass Auspitz in seiner äusseren Lebensstellung herbe Zurücksetzungen erfahren hatte. Ich will nicht behaupten, dass Auspitz selbst dabei keine Schuld treffe, hat er doch durch sein selbstbewusstes, leicht zur Ueberschätzung seiner eigenen und Unterschätzung fremder Leistungen geneigtes oft verletzendes Auftreten, es schlecht verstanden, sich Freunde zu erwerben.

So war die Poliklinik das Refugium, in dem er das Material zu seinen Arbeiten finden und sich in der Bevölkerung einen Namen verschaffen konnte, der ihm dann auch die materiellen Mittel für seine Existenz bot.

Am 10. Juni 1875 wurde er zum Professor extraordinarius ernannt.

Wie sehr er sich nach einer stationären Klinik sehnte, bewies am besten der grosse Eifer, den er zur Erlangung der Stelle nach Zeissl entwickelte und die Freude darüber, als er sie endlich, endlich, viel zu spät, 25. Mai 1884, erlangte.

Kehren wir wieder zu Auspitz's wissenschaftlicher Thätigkeit zurück. Von seinen Publicationen seit 1869 sind zwei Arbeiten als Marksteine seiner Thätigkeit zu betrachten. Seine Arbeit über die Excision der Initialsclerose und sein System der Hautkrankheiten. In der ersteren (1877), von der ein Theil: „Die Anatomie der syphilitischen Initialsclerose", die Frucht gemeinsamer Arbeit mit P. G. Unna war, während der zweite klinische Theil von Auspitz allein herrührt, hat er den Gedanken Hueter's aufgenommen, die Frage zu beantworten, ob durch die Excision der Sclerose dem Ausbruch der Allgemeinerkrankung vorgebeugt werden könne. Es ist hier nicht der Ort, auf diesen Gegenstand weiter einzugehen, es soll nur constatirt werden, dass seit Auspitz den neuerlichen Impuls zur Lösung dieser Frage gegeben, sie nicht mehr zur Ruhe kam. Er selbst hat, das muss freilich zugestanden werden, über das Ziel hinausgeschossen, er hatte sich eine Theorie über die Verbreitungswege des Contagiums gebildet und dieser theoretischen Aufstellung hat er die Thatsachen unterordnet.

Seine ganze Kraft, sein bestes Wissen und Wollen hat er aber angesetzt bei der Abfassung und Aufstellung seines „System der Hautkrankheiten". Wien, Braumüller 1881. Es ist ein wahrer Genuss dieses Buch zu lesen, in welchem sich der ganze Stand unserer gegenwärtigen Kenntnisse über Hautkrankheiten wiederspiegelt. Auspitz befand sich bei dieser Arbeit, deren Grundton die kritische Beleuchtung aller die Dermatologen bewegenden Fragen ist, im richtigen Fahrwasser. Sein sprachliches Talent, seine Geschicklichkeit im Erfinden neuer Namen kam zur vollsten Geltung. Was logische Schärfe durch Zerpflückung und Zerfase-



rung alter unhaltbarer Ansichten und Theorien, zur Klärung der Dinge leisten kann, das hat er meisterhaft geleistet, er hat niedergerissen, was morsch und gebrechlich war und Risse aufgedeckt an dem alten Baue, sie mögen noch so sorgfältig verdeckt gewesen sein.

Als es aber zum Neubaue kam, da zeigte es sich, dass er sich getäuscht hatte in der Hoffnung, aus dem Schutte des niedergerissenen Gemäuers ein neues Bauwerk herstellen zu können. Die Hoffnung, sein System an die Stelle des von Hebra zu setzen, welches durch 40 Jahre gute Dienste geleistet hat, ist deshalb nicht in Erfüllung gegangen, weil nicht genug neues Material vorhanden war, um ein solides Gebäude aufzuführen. So wurde sein System, das er gerne als ein natürliches bezeichnet wissen wollte, ein erkünsteltes, doctrinäres, das nicht befriedigte und bei aller Anerkennung der trefflichen Arbeit fast allgemein abgelehnt wurde.

Im Ganzen hat er den Werth der Aufstellung eines Systems für die Wissenschaft überschätzt, er hat den Behelf als Selbstzweck betrachtet und war deshalb umso empfindlicher, als er erfuhr, dass seine Collegen der Sache nicht jene Bedeutung beimessen und den Behelf als solchen unpraktisch finden.

Es war sehr bezeichnend, dass sein System in dem bald darauf erschienenen Ziemssen'schen Handbuche der Hautkrankheiten, für welches Auspitz den Abschnitt über allgemeine Pathologie und Therapie geschrieben, nicht zur praktischen Durchführung kam und vielleicht ist es diesem Umstande, der Systemlosigkeit, zuzuschreiben, dass dieses Buch trotz der Vorzüglichkeit einzelner Abschnitte, im Grossen und Ganzen den gehegten Erwartungen wenig entspricht.

Es gewährte Auspitz eine Genugthuung, dass das System bei der Zusammenstellung der Referate in dieser Vierteljahresschrift zur Geltung kommen konnte, und ich habe deshalb dieses Eintheilungsprincip auch noch in diesem, dem Andenken **Auspitz's** gewidmeten Hefte, beibehalten.

Als das Buch erschien, lag Hebra auf dem Sterbebette, ich glaube, man thut Unrecht zu behaupten, dass es ihm in seinen letzten Stunden eine Kränkung bereitet hatte.



Bevor ich mit der Besprechung von Auspitz's Wirken im wissenschaftlichen und öffentlichen Leben abschliesse, habe ich noch einer Seite seiner Thätigkeit zu gedenken, in der er sich mit grossem Eifer und Geschick umgethan, der öffentlichen Gesundheitspflege und dem ärztlichen Vereinswesen. Er hat in der Impffrage durch Vertheidigung des Impfzwanges Stellung genommen. Das „Gutachten über den Impfzwang", Namens der Ges. d. Aerzte u. des Doct.-Colleg. 1864 abgegeben, stammt aus seiner Feder und im Aerztevereine und Aerzteverbande war er ein sehr thätiges Mitglied. In der Ges. d. Aerzte in Wien fungirte er längere Zeit als Secretär. Zuletzt noch hat er über Auftrag der Regierung eine Reise nach Dalmatien unternommen, um Mittel und Wege zur Beseitigung einer dort herrschenden endemischen Erkrankung (Skérljevo) vorzuschlagen.

Allein er war schon sehr krank und den Anstrengungen einer solchen Arbeit nicht mehr gewachsen.

Sein Herzleiden muss als die Quelle seiner grossen Reizbarkeit und Erregbarkeit betrachtet werden, denn er war vom Hause aus eine gemüthvolle Natur. Wahre innige Liebe verband ihn mit seiner vor ihm verstorbenen Gattin und seinen Kindern, von welchen zwei liebliche Mädchen zurückgeblieben sind. Zärtlich war das Verhältniss zu seinen Geschwistern, vor allem zu seiner Schwester Therese, die ihm bis an sein Lebensende treu und aufopfernd zur Seite stand.

---

Die „Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis" als neue Folge des **„Archiv für Dermatologie und Syphilis"**, für welche er doppelt eifrig wirkte, seit sie in den altrenommirten Wiener Verlag von Wilhelm Braumüller überging, bewahrt dem Dahingeschiedenen unentwegt ein dankbares und ehrenvolles Andenken, indem sie seinen Namen als **Mitbegründer** derselben für immer an ihre Spitze stellt.

Prag, Juli 1886.

**Filipp Josef Pick.**





# Verzeichniss der Publicationen

**in chronologischer Ordnung.**

---

Anatomie des Blatternprocesses, im Vereine mit Basch. „Virchow's Archiv", 1863.

Ueber die Zelleninfiltrationen der Lederhaut bei Lupus, Syphilis und Scrophulose. „Jahrb. d. Ges. d. Aerzte". 1864.

Gutachten über den Impfzwang Namens der Gesellschaft der Aerzte und des Doctoren-Collegiums. 1864.

Das Eczem des äusseren Ohres. „Archiv f. Ohrenheilkunde", I. Bd.

Ein Beitrag zum Hautsclerem der Erwachsenen. 1865.

Die Lehren vom syphilitischen Contagium und ihre thatsächliche Begründung. Braumüller, 1866.

Die Seife und ihre Wirkung auf die gesunde und kranke Haut. 1867.

Klinische Mittheilungen: 1. Herpes vegetans. 2. Ichthyosis neonatorum. 3. Spermatorrhoea cruenta. „Archiv f. Dermatologie", 1869.

Ueber das Verhältniss der Oberhaut zur Papillarschicht. „Archiv f. Derm. u. Syph.", 1870.

Ueber die Resorption ungelöster Stoffe bei Säugethieren. 1870.

Ueber die Resorption ungelöster Stoffe durch die Epidermis. „Archiv f. Derm. u. Syph.", 1871.

Vorläufige Mittheilungen über das städtische Pocken-Hospital im IV. Bezirke zu Wien. „Archiv f. Derm. u. Syph.", 1873.

Referat des niederösterreichischen Landes-Sanitätsrathes über die Impffrage. „Wiener med. Wochenschr.", 1873.

Ueber venöse Stauung der Haut. „Vierteljahresschr. f. Dermatol. u. Syph.", 1874.

Die Bubonen der Leistengegend. „Wiener Klinik", 1875.

Ueber die mechanische Behandlung der Hautkrankheiten. „Vierteljahresschr. f. Derm. u. Syph.", 1876.

Ueber die Excision der syphilitischen Initialsclerose. „Vierteljahresschrift f. Derm. u. Syph.", 1877.

Ueber Lupus syphiliticus und scrophulosus. „Wiener Medic. Presse", Nr. 3 und 4, 1878.

Ueber das sogenannte Kerion Celsi. „Wiener Medic. Presse", 1878.

Ueber die Excision der Hunter'schen Induration. „Wiener Medic. Presse", 1879.

Ueber die chronische Entzündung der männlichen Harnröhre. „Vierteljahresschr.", 1879.

System der Hautkrankheiten. Braumüller. 1881.

Allgemeine Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten. „Ziemssen's Handbuch", 1883.

Zur Therapie der Hautkrankheiten: a) Ueber die Application von Arzneistoffen auf die Haut in dünnen, festhaftenden Schichten; b) Aphoristisches über die Behandlung der Eczeme. „Wiener med. Wochenschr.", 1883.

Der Raummangel in den Wiener Spitälern. „Wiener Medic. Presse", 1883.

Wo stehen wir heute gegenüber der Syphilis. Antrittsvorlesung. „Vierteljahresschr. f. Derm. u. Syph.", 1884.

# Originalabhandlungen.





# Verzeichniss der Publicationen

### in chronologischer Ordnung.

---

Anatomie des Blatternprocesses, im Vereine mit Basch. „Virchow's Archiv", 1863.

Ueber die Zelleninfiltrationen der Lederhaut bei Lupus, Syphilis und Scrophulose. „Jahrb. d. Ges. d. Aerzte". 1864.

Gutachten über den Impfzwang Namens der Gesellschaft der Aerzte und des Doctoren-Collegiums. 1864.

Das Eczem des äusseren Ohres. „Archiv f. Ohrenheilkunde", I. Bd.

Ein Beitrag zum Hautsclerem der Erwachsenen. 1865.

Die Lehren vom syphilitischen Contagium und ihre thatsächliche Begründung. Braumüller, 1866.

Die Seife und ihre Wirkung auf die gesunde und kranke Haut. 1867.

Klinische Mittheilungen: 1. Herpes vegetans. 2. Ichthyosis neonatorum. 3. Spermatorrhoea cruenta. „Archiv f. Dermatologie", 1869.

Ueber das Verhältniss der Oberhaut zur Papillarschicht. „Archiv f. Derm. u. Syph.", 1870.

Ueber die Resorption ungelöster Stoffe bei Säugethieren. 1870.

Ueber die Resorption ungelöster Stoffe durch die Epidermis. „Archiv f. Derm. u. Syph.", 1871.

Vorläufige Mittheilungen über das städtische Pocken-Hospital im IV. Bezirke zu Wien. „Archiv f. Derm. u. Syph.", 1873.

Referat des niederösterreichischen Landes-Sanitätsrathes über die Impffrage. „Wiener med. Wochenschr.", 1873.

Ueber venöse Stauung der Haut. „Vierteljahresschr. f. Dermatol. u. Syph.", 1874.

Die Bubonen der Leistengegend. „Wiener Klinik", 1875.

Ueber die mechanische Behandlung der Hautkrankheiten. „Vierteljahresschr. f. Derm. u. Syph.", 1876.

Ueber die Excision der syphilitischen Initialsclerose. „Vierteljahresschrift f. Derm. u. Syph.", 1877.

Ueber Lupus syphiliticus und scrophulosus. „Wiener Medic. Presse", Nr. 3 und 4, 1878.

Ueber das sogenannte Kerion Celsi. „Wiener Medic. Presse", 1878.

Ueber die Excision der Hunter'schen Induration. „Wiener Medic. Presse", 1879.

Ueber die chronische Entzündung der männlichen Harnröhre. „Vierteljahresschr.", 1879.

System der Hautkrankheiten. Braumüller. 1881.

Allgemeine Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten. „Ziemssen's Handbuch", 1883.

Zur Therapie der Hautkrankheiten: a) Ueber die Application von Arzneistoffen auf die Haut in dünnen, festhaftenden Schichten; b) Aphoristisches über die Behandlung der Eczeme. „Wiener med. Wochenschr.", 1883.

Der Raummangel in den Wiener Spitälern. „Wiener Medic. Presse", 1883.

Wo stehen wir heute gegenüber der Syphilis. Antrittsvorlesung. „Vierteljahresschr. f. Derm. u. Syph.", 1884.



# Originalabhandlungen.

---

# Impfversuche mit Lepragewebe auf Thiere.

Von

**Dr. Georg Thin** in London.

Eingelangt bei der Redaction am 9. Juni 1886.

---

Obgleich die Impfungen des Aussatzes auf Thiere bisher negativ ausgefallen sind, fühle ich mich dennoch verpflichtet, die Resultate meiner Untersuchungen[1]) zu veröffentlichen.

Erster Versuch: Ein Patient, ein Mann aus Ost-Indien, der an der gemischten Form des Aussatzes litt, liess sich bereitwillig ein Stück seiner kranken Haut ausschneiden.

Am 23. Mai 1883 schnitt ich ein Stückchen der Haut des Oberarmes an einer Stelle aus, welche dunkel, geschwollen und anästhetisch war. Mit einem Theilchen dieses Stückes impfte ich in die vordere Kammer des rechten Auges eines grossen Affen. Gleichzeitig wurde eine Impfung unter die Haut am rechten Oberschenkel desselben Thieres vorgenommen. Am 23. August war von dem Stück am Oberschenkel nichts mehr zu fühlen. Von dem Stück im Auge war noch ein kleiner Fleck als Rest desselben zu bemerken. Nach Ablauf der ersten Wochen war keine Entzündung mehr vorhanden.

Am 27. October desselben Jahres impfte ich nochmals dieses Thier.

Die Mutter eines jungen Mädchens aus West-Indien, das am Aussatze litt, erlaubte mir, ein Stück der kranken Haut auszuschneiden. Es war ein schwerer Fall von tuberculöser Lepra. Das Mädchen wurde chloroformirt und ein Theil der kranken Haut des Armes ausgeschnitten. Mit dieser Haut impfte ich so-

[1]) Die Auslagen für diese Untersuchungen wurden von dem „Scientific Grants Committee“ der „British Medical Association“ bestritten.





wohl das linke Auge des Affen, als auch in die Unterhaut des Nackens.

Als ich am 16. März 1884 das Thier besuchte, entdeckte ich eine Verschleierung am linken Auge. Am 15. April 1884 starb das Thier an acutem Lungenödem.

Ich untersuchte alle Organe dieses Thieres makroskopisch und mikroskopisch, konnte aber weder Lepragewebe noch Leprabacillen entdecken.

Besondere Aufmerksamkeit schenkte ich dem Auge. Es befanden sich Blutgefässe in der Cornea. Ein Häufchen Granulationszellen war in der Vorderkammer mit der Membrana Descemetii verklebt. Geeignete Färbungen mit Methylanilin und Fuchsin zeigten keine Bacillen in diesem Häufchen. An einem Theile der Linse waren die Fasern gelockert und zwischen den Fasern war eine ungeformte Substanz eingebettet. Weder in der Linse noch in dieser Substanz waren Bacillen vorhanden. Ebensowenig in der Iris.

In den Lungen waren Tuberkelbacillen ebensowenig wie Leprabacillen vorhanden.

Zweiter Versuch: Am 17. Juli 1883 wurde ein kleiner Affe mit der Haut des Aussätzigen aus Ost-Indien geimpft. Rechtes Auge und Nacken.

Am 23. August 1883 gab es keine Entzündung, während das Theilchen in der Augenkammer noch gross war. Im Nacken nichts zu fühlen.

Am 27. October 1883 impfte ich wieder und zwar mit der Haut des Mädchens aus West-Indien. Das linke Auge und am Nacken.

Am 16. März 1884 stand das linke Auge hervor, war verschleiert und die Cornea mit Blutgefässen durchzogen. Rechtes Auge gesund.

Am 30. April starb das Thier an Lungenödem.

Kein lepröses Gewebe in den Organen. Im linken Auge war die Linsenkapsel mit der Cornea verklebt. Die Linsenfasern waren verschwunden. In der Ecke der Vorderkammer war eine nichtgeformte Masse mit Kernen mit der Cornea verklebt.



Die sorgfältigste Untersuchung ergab keine Bacillen, weder im Auge noch in den anderen Organen.

Dritter Versuch: Am 17. Juli 1883 wurde eine grosse Katze mit der Haut des Kranken aus Ost-Indien geimpft. Das rechte Auge und der Nacken.

Am 23. August war das Stückchen im Auge noch gross, im Nacken nichts zu fühlen.

Am 27. October nochmalige Impfung mit der Haut des Mädchens aus West-Indien. Linkes Auge und Nacken.

Am 16. März 1884 war das Stückchen Haut in der vorderen Augenkammer noch vorhanden, aber etwas kleiner. Es war an der einen Seite mit der Cornea an der anderen mit der Iris verbunden. Keine Entzündung im Auge.

Im April 1884 ist das Thier plötzlich gestorben.

Die sorgfältigste Untersuchung des Auges liess keine Bacillen entdecken. Die Organe waren gesund. (Möglicherweise war das Thier vergiftet worden.)

Vierter Versuch: Ein kleines Kätzchen wurde am 17. Juli 1883 mit der Haut des Aussätzigen aus Ost-Indien und am 27. October 1883 mit der Haut des Mädchens aus West-Indien geimpft, das erste Mal im rechten Auge, das zweite Mal im Nacken. Das Thierchen starb im April 1884.

Weder im Auge noch in den übrigen Organen wurden Bacillen gefunden.

---

In Beziehung auf alle hier erwähnten Fälle habe ich zu sagen, dass das Stückchen Haut, das ich in die Unterhaut einfügte, bei nachheriger Untersuchung gänzlich verschwunden war.

Ein Stückchen der ausgeschnittenen Haut des westindischen Mädchens behielt ich zur Untersuchung zurück. Dieselbe ergab, dass das Gewebe voll von Leprabacillen war.

Während ich die Impfungen unternahm, bewahrte ich die in Stücke zerschnittene Haut in einem feuchten und warmen Kasten auf.

So glaube ich sagen zu können, alle Bedingungen erfüllt zu haben, die für den Erfolg des Unternehmens nothwendig waren.



Ich halte es für überflüssig, Weiteres hinzuzufügen, und lasse die Thatsachen für sich selbst sprechen. Nur Eines will ich bemerken. Wenn man berücksichtigt, wie lange Zeit verfliesst zwischen dem temporären Aufenthalte eines Menschen in Lepragegenden und dem Ausbruch der Krankheit bei demselben, wenn er wieder in leprafreie Gegenden zurückgekehrt ist, so darf man dem Fehlschlagen der Impfversuche bei Thieren keine grosse Bedeutung beilegen, wenn die Thiere nicht durch eine lange Reihe von Jahren am Leben erhalten werden.





# Ueber den Befund ausgedehnter tuberculoser Ulceration in der Vulva und Vagina.[1]

Von

**Dr. H. Chiari,**

Professor der path. Anatomie an der deutschen Universität in Prag.

(Hiezu Tafel XIV.)

Eingelangt bei der Redaction am 11. Juni 1886.

---

Der im Folgenden mitzutheilende Fall betraf eine 30jährige Frau, welche am 14. Mai d. J. auf Herrn Prof. Pick's Klinik für Dermatologie und Syphilis gestorben war und am nächsten Tage secirt wurde.

Aus der von Herrn Prof. Pick mir freundlichst zur Verfügung gestellten Krankengeschichte hebe ich hervor, dass die Patientin am 19. Jänner d. J. wegen Scabies und weiter wegen Geschwürsbildung in der Vulva auf der genannten Klinik aufgenommen worden war, dass sich während des Spitalsaufenthaltes die bereits bei der Aufnahme constatirte chronische Tuberculose immer mehr und mehr gesteigert hatte, und dass endlich in Folge dieser Erkrankung unter hochgradigem Kräfteverfalle der Exitus letalis eingetreten war.

Bezüglich der Genitalaffection hatten die Herren Kliniker schon bei der Aufnahme eine umfängliche Ulceration an den rechtsseitigen Schamlippen nachweisen können. Die Basis der Ulceration war speckig belegt und resistent gewesen, die Ränder hatten sich härtlich angefühlt und unregelmässig zackig gezeigt. Nach oben hatte die Ulceration etwas auf die rechte Scheidenwand übergegriffen. Die weite schlaffe Scheide war aber sonst zu

[1]) Besprochen im Vereine deutscher Aerzte in Prag am 4. Juni 1886.





dieser Zeit frei von Ulceration gewesen. Die Portio vaginalis uteri war von conischer Gestalt und derber Consistenz, das Orificium uteri externum queroval, enge und nicht gekerbt erschienen. Auf beiden Seiten waren die Inguinaldrüsen indolent geschwollen gewesen, rechts hatte sich auch in inguine eine Narbe mit einer kleinen Fistelöffnung gefunden, welche Eiter secernirte. Anamnestisch wurde damals von der Patientin angegeben, dass sie niemals schwanger gewesen sei, dass sie bis vor acht Monaten, wenn auch unregelmässige Menstruation gehabt habe und dass seit der Zeit Menopause vorhanden sei. Vor zwei Jahren habe sie nach einem sehr schmerzhaften Coitus eitrigen Ausfluss aus dem Genitale acquirirt, welcher allerdings nach einer Spitalsbehandlung sich gebessert habe, nach sechs Monaten aber sehr viel stärker zurückkehrte. Vor einem Jahre sei eine „Eiterung“ in der rechten Leistenbeuge aufgetreten, auf welche sie die jetzt noch bestehende Fistel zurückführte.

Unter den Augen der Herren Kliniker vergrösserte sich nun successive die in ihren Rändern unregelmässig gebuchtete und in ihrem Grunde mit käsigen Knötchen versehene Ulceration in der Vulva und griff dieselbe weiter in die Vagina hinein. Es gesellten sich dann umschriebene, selbstständige, scharf gerandete ebenfalls buchtige Substanzverluste an anderen Stellen der Vagina hinzu. Aus diesem ganzen Bilde des Geschwürsprocesses, sowie aus dem Verlaufe desselben hatten die Herren Kliniker mit Berücksichtigung des Umstandes, dass es sich um ein sicher tuberculoses Individuum handelte, die Diagnose auf tuberculose Ulceration in der Vulva respective Vagina gestellt, was auch schon ante lustrationem vollinhaltlich dadurch bestätigt wurde, dass die im pathologisch-anatomischen Institute vorgenommene histologische Untersuchung eines am 3. April abgetragenen kleinen Stückchens vom Geschwürsrande der Vulva unzweifelhafte Miliartuberculose in dem stark entzündlich infiltrirtem Gewebe erwies.

Aus dem Sectionsbefunde sei zunächst in Kürze erwähnt, dass es sich in der That um eine sehr verbreitete, chronische Tuberculose handelte, so in den Lungenspitzen, auf der rechten Pleura, in den peribronchialen und mesenterialen Lymphdrüsen, im Dickdarme, in der linken Nebenniere, in den Meningen und der Rinde des Cuneus sinister und dass es weiter in der Leber, der

Milz, den Nieren und den basalen Meningen des Gehirns auch zu miliarer Tuberkeleruption gekommen war.

Eine ausführlichere Beschreibung will ich nur von den anatomischen Verhältnissen des Genitaltractus, speciell der Vagina und Vulva geben.

Das Genitale entsprach im Allgemeinen dem Alter des Individuums und dem Umstande, dass niemals eine Gravidität stattgehabt hatte. Der Uterus mass 8 Ctm. in der Länge und hatte eine durchschnittliche Wanddicke von etwas über 1 Ctm. Seine Cervixschleimhaut reichte hoch hinauf bis auf nahezu 4 Ctm. vom Orificium externum und war gleich der Corpus- und Fundus-Schleimhaut blass, dünn, ohne irgend eine sonstige pathologische Veränderung. Die kleine, hart anzufühlende Portio vaginalis trug ein enges, quer ovales, nicht gekerbtes Orificium externum. Die Tuben besassen gewöhnliche Länge, waren vollkommen durchgängig und in ihrer Schleimhaut nicht pathologisch. Die Ovarien hatten normale Grösse und Structur. Die Vagina war 8 Ctm. lang, ziemlich weit und schlaff, in ihrer oberen Hälfte glatt, in ihrer unteren Hälfte mit einer mittleren Menge von ziemlich gut ausgebildeten Wülsten versehen. Die Columnae vaginales waren wenig ausgesprochen, die vordere etwas stärker entwickelt, als die hintere. Die grossen Schamlippen zeigten mässiges Oedem wie überhaupt das ganze Vulvagewebe. Entsprechend der Innenfläche der rechten grossen Schamlippe, ferner an Stelle der ganzen rechten Nymphe fand sich eine ausgebreitete, etwa 15 $Ctm.^2$ grosse, tief greifende Geschwürsfläche, welche sich nach aufwärts mit Zerstörung der rechtsseitigen Hymenalcarunkeln circa $1^1/_2$ Ctm. weit auf die rechte Vaginalwand fortsetzte und sowohl hinten als vorne die Mittellinie überschritt, i. e. hinten die ganze Fossa navicularis occupirte, und vorne nicht blos die rechte Hälfte, sondern auch ein Stück der linken Hälfte des Praeputium clitoridis umfasste. Das Orificium externum urethrae lagerte bereits vollständig in der Ulceration. Auf die Harnröhre selbst griff jedoch der Geschwürsprocess nicht über. Die Harnröhrenschleimhaut war vielmehr intact und abgesehen von einer mässigen Injection nicht weiter verändert. Die Schleimhaut der Harnblase war ebenfalls nur leicht geröthet und auch nirgends exulcerirt. Die weitere Untersuchung der Scheide ergab dann noch an mehreren anderen Stellen den Befund von



Ulcerationen, so in der Mitte der hinteren Wand ein 5 Ctm.[2] grosses, im Ganzen ziemlich seichtes, kreisrundes Ulcus, dessen Centrum weniger tief erschien als dessen Peripherie, dann in der Mitte der vorderen Wand ein 3 Ctm.[2] grosses, elliptisches, ganz oberflächliches Geschwür und endlich zwischen dem Ulcus in der Mitte der hinteren Wand der Vagina und dem die Fossa navicularis betreffenden hinteren Ende des grossen Vulvageschwüres fünf bis halb erbsengrosse kleine Geschwürchen. Alle die genannten Geschwüre, deren Anordnung die Abbildung auf Tafel XIV. genau wiedergibt, besassen gleiche Charaktere, hatten unregelmässig zackige, scharfe, härtlich infiltrirte Ränder und zeigten im Grunde stellenweise deutliche käsige Pünktchen, so dass man sofort bei makroskopischer Betrachtung die Diagnose auf einen tuberculosen Verschwärungsprocess stellen musste. Das Perineum war frei von Geschwürsbildung, hingegen fand sich am hinteren Rande des Anus ein 2 Ctm.[2] grosses Ulcus in der Haut mit gleichfalls zackigen härtlichen Rändern. Die Untersuchung des Rectums erwies in demselben allenthalben sehr grosse, dicht stehende, exquisit typische, alte tuberculose Geschwüre. Den gleichen Befund boten dann auch das S romanum und das Colon ascendens, während der übrige Dickdarm und der ganze Dünndarm vollständig frei von tuberculoser Ulceration erschienen.

Die meisten Lymphdrüsen des kleinen Beckens waren vergrössert und partiell verkäst. Die Inguinaldrüsen erschienen beiderseits intumescirt und von zum Theile käsigen Knötchen durchsetzt. Rechts zeigte sich ausserdem auch in einer dem früher erwähnten Fistelgange der Haut entsprechenden Lymphdrüse eine käsige Erweichungshöhle, in welche eben der Fistelgang mündete.

War es nun auch schon nach diesen makroskopischen Verhältnissen eigentlich entschieden, dass hier in der Vulva eine echte tuberculose Ulceration vorlag, so nahm ich doch noch eine sorgfältige mikroskopische Untersuchung sämmtlicher Geschwürsflächen in der Vulva und Vagina vor und zwar in der Art, dass ich unmittelbar post obductionem Streifen aus den einzelnen Geschwüren ausschnitt und dieselben sofort zur Härtung in Alkohol absolutus einlegte. Die mikroskopischen Schnitte wurden dann sowohl auf die histologischen Verhältnisse, als auch und zwar nach der Ehrlich'schen Methode auf Tuberkelbacillen untersucht. An allen

Schnitten von allen Geschwüren gelang es nun sehr leicht sich davon zu überzeugen, dass die Geschwüre wirklich echt tuberculos waren. Im Grunde derselben fanden sich zahlreiche zum Theile bereits deutlich käsige Miliartuberkel mit exquisiten Riesenzellen und noch gut kenntlichen „epithelioiden“ Zellen und zwischen den Knötchen starke, kleinzellige Infiltration mit Gefässerweiterung. An den Rändern der Geschwüre konnte man erkennen, wie die härtliche Infiltration derselben augenscheinlich bedingt gewesen war durch die Entwicklung von Miliartuberkeln in ihrem Gewebe und war es ganz constant zu sehen, dass die Eruption von Miliartuberkeln sich auch eine Strecke weit über die Grenze des Epitheldefects, also über den eigentlichen Geschwürsrand hinaus in die Nachbarschaft fortsetzte. In allen Geschwürsschnitten fanden sich ferner reichliche Tuberkelbacillen, oft in grossen Schwärmen, theils in, theils zwischen den Zellen der Miliartuberkeln gelagert.

Somit war der directe Beweis für die tuberculose Natur der geschilderten Geschwürsbildung in der Vulva und Vagina erbracht. Zweifelsohne war sowohl nach den klinischen Beobachtungen als nach der anatomischen Untersuchung das Vulvageschwür das erste gewesen und hatten sich die Ulcerationen in der Vagina erst hinterher entwickelt.

Eine solche tuberculose Ulceration in der Vulva und von da fortgeleitet auf die Vagina gehört zu den grössten Seltenheiten. Zweifel erwähnt in seinem Werke über die Krankheiten der äusseren weiblichen Genitalien [1]), dass er bei Durchsicht der gesammten Literatur keinen Fall von Tuberculose der äusseren weiblichen Genitalien finden konnte und auch ich gelangte in dieser Hinsicht zu keinem anderen Resultate. Es gilt dies natürlich, wie auch Zweifel betont, nur unter der Voraussetzung, dass man zwischen der eigentlichen tuberculosen Ulceration an den äusseren weiblichen Genitalien und dem Lupus derselben unterscheidet, indem von letzterer Erkrankung der Vulva bereits eine grössere Zahl von Fällen (vide die bezügliche Zusammenstellung in dem jüngst erschienenen Lehrbuche der Frauenkrankheiten von Winkel [2]) publicirt ist. Die Unterscheidung

[1]) Deutsche Chirurgie. 61 Lief. 1885, pag. 95.

[2]) Leipzig 1886, pag. 33.



zwischen der eigentlichen tuberculosen Ulceration der Vulva und dem Lupus der Vulva ist aber gewiss eine vollkommen berechtigte, geradeso, wie die Unterscheidung zwischen eigentlicher, durch Zerfall von käsigen Miliartuberkeln bedingter tuberculoser Ulceration und Lupus in der Haut überhaupt. Der Lupus ist zwar heutzutage sowohl in histologischer Hinsicht durch den Nachweis echter miliarer Tuberkelknötchen in demselben, als auch durch die sichere Constatirung von Tuberkelbacillen in den Lupusknötchen mit Recht unter die Hauttuberculosen gerechnet, er stellt aber eben nur eine wohlcharakterisirte, specielle Form der Hauttuberculose dar, so wie das „scrophulose Hautgeschwür", die durch den Zerfall in der Cutis selbst primär auftretender käsiger Miliartuberkel bedingte „eigentliche tuberculose Ulceration" in der Haut und auch die in neuester Zeit von *Riehl* und *Paltauf*[1]) beschriebene „Tuberculosis verrucosa cutis". Ein Lupus wird sich eben immer nicht blos klinisch durch seinen Decursus, sondern auch mikroskopisch durch das Fehlen der Verkäsung in den Miliartuberkeln und die sehr geringe Zahl von Tuberkelbacillen sicher unterscheiden lassen von dem eigentlichen tuberculosen Hautgeschwür, bei dem man so wie in dem voranstehend mitgetheilten Falle von tuberculoser Ulceration der Vulva stets exquisite progressive Tendenz der Verschwärung ohne hervorstechende Neigung zur Narbenbildung, deutliche Verkäsung in den Miliartuberkeln und reichliche, oft förmliche Schwärme bildende Tuberkelbacillen nachzuweisen in der Lage ist.

*Sehr interessant ist nun die Frage nach der Art der Infection der Vulva mit dem tuberculosen Virus in diesem Falle.*

A priori wäre es möglich in Bezug auf die Genese einer Vulvatuberculose zu denken, dass eine solche sich entwickle *im Anschlusse an eine Tuberculosis vaginae resp. uteri*. Es kommt nämlich in der That vor, dass unter Umständen die, wie bekannt sonst gewöhnlich am Orificium uteri internum absetzende Tuberculosis uteri in den Cervix hinabreicht, ja auch auf die Vagina übergreift. Auf diese Weise könnte dann in der Art, wie es in manchen seltenen Fällen beim männlichen Geschlechte geschieht, wo

[1]) Diese Zeitschrift 1886.

z. B. eine tuberculose Ulceration der Harnröhre, etwa ausgehend von Tuberculose der Harnblase und Prostata sich bis auf die äussere Fläche der Glans penis fortsetzt, die tuberculose Geschwürsbildung von der Vagina aus auch auf die Vulva sich ausdehnen. Davon kann natürlich hier nicht die Rede sein, da der Uterus und die Tuben vollkommen gesund befunden worden waren und die Vaginaltuberculose, wie der klinische Verlauf und die anatomische Untersuchung bewiesen, augenscheinlich erst später zu der Vulvatuberculose sich hinzugesellt hatte, der ganze Process also von der Vulva aus sich in ascendirender Weise verbreitet hatte.

Weiter könnte man sich vorstellen, dass eine Tuberculose der Vulva und später auch der Vagina als eine Metastase von sonst im Körper vorhandener Tuberculose etwa wie eine tuberculose Knochenaffection sich bilde. Für die Vaginaltuberculose kann eine solche Möglichkeit nicht von der Hand gewiesen werden, indem man, wie Breisky in seinem Werke über die Krankheiten der Vagina[1]) ganz richtig bemerkt, entgegen den Angaben Rokitansky's[2]) und Klebs'[3]), in neuester Zeit auch Winkel's[4]), Fälle von Tuberculose der Scheide ohne Uterustuberculose, allerdings neben sonstiger chronischer Tuberculose in der Literatur verzeichnet findet. Auch für das eigentliche tuberculose Hautgeschwür scheint diese Möglichkeit zu bestehen. Wenigstens könnte ich dieselbe nicht absolut negiren bezüglich der Genese eines seinerzeit von Jarisch und mir[5]) publicirten Falles ausgedehnter tuberculoser Ulceration in der Haut der rechten Ohrgegend.

Für den vorliegenden Fall hat aber auch diese Auffassung nicht viel für sich, da hier vielmehr die Annahme sehr plausibel ist, dass die Tuberculose der Vulva in diesem Falle durch die directe Einimpfung des tuberculosen Virus auf die Vulva von aussen zu Stande gekommen sei. Ich meine damit hier für diesen Fall nicht so sehr die Einimpfung des tuberculosen Virus von der Aussenwelt etwa durch tuberculos inficirtes Sperma

[1]) Deutsche Chirurgie. 60. Lief. 1886, pag. 143.

[2]) Lehrbuch der path. Anat. 3. Bd. 1861, pag. 519.

[3]) Handbuch der path. Anat. 1876, pag. 959.

[4]) l. c. pag. 195.

[5]) Diese Zeitschrift 1879.



als vielmehr die Uebertragung des tuberculosen Virus von der Dejectionen der Patientin her. Die anatomischen Verhältnisse der tuberculosen Darmaffection in diesem Falle scheinen mir sehr dafür zu sprechen i. e. die namentlich im S rom. und im Rectum hochgradigst entwickelte alte tuberculose Verschwärung und die im Zusammenhange damit in der Haut ad anum zu Stande gekommene tuberculose Geschwürsbildung. Das legt doch gewiss den Gedanken sehr nahe, dass hier vom Darme aus das tuberculose Virus auch in die Vulva gelangt sein mochte und dort die tuberculose Erkrankung bedingt haben mochte, sowie von der Darmulceration aus das tuberculose Geschwür in der Haut ad anum entstanden war und so, wie man sich überhaupt die Entstehung der tuberculosen Geschwüre in der Haut der Mundlippen und in der Haut ad anum bei vorgeschrittener Tuberculose im Larynx, Pharynx und an der Zunge einerseits, im Darme andererseits[1]) quasi als äusserste Etappen des tuberculosen Ulcerationsprocesses der Schleimhautrohre vorzustellen hat.

Das Zustandekommen einer solchen Uebertragung der tuberculosen Ulceration vom Darme auf die Vulva mochte aber in diesem Falle durch besondere Verhältnisse begünstigt worden sein. Ich meine damit, dass hier in der Vulva vielleicht vor der tuberculosen Ulceration eine durch den vor zwei Jahren stattgehabten sehr schmerzhaften Coitus gesetzte Continuitätstrennung eventuell mit daran sich anschliessender Eiterung vorhanden gewesen war, womit dann ein günstigerer Nährboden für das vom Darme her implantirte tuberculose Virus geschaffen sein konnte. Diese Annahme scheint nach der Krankengeschichte nicht unzulässig und auch an und für sich für diesen Fall passend, da man doch sonst auch recht oft bei Frauen weit in das Rectum hinabreichende tuberculose Geschwüre trifft, ohne dass deswegen bis jetzt je tuberculose Ulceration der Vulva gefunden worden wäre.

Eine gewisse Analogie hinsichtlich der hier als das Wahrscheinlichste hingestellten Genese der Vulvaerkrankung aus der Darmerkrankung bieten die von Eppinger[2]) publicirten Fälle

[1]) Vide diessbezüglich einen von mir in den Wien. med. J. 1877 geschilderten Fall von tuberculosen Hautgeschwüren.

[2]) Prager Zeitschrift für Heilkunde 1882, pag. 36.



von diphtheritischer Colpitis bei idiopathischer Dysenterie, bei denen wohl auch die Vaginalerkrankung als Effect einer Infection vom Darme her aufgefasst werden musste.

## Erklärung der Abbildung auf Tafel XIV.

Das vorne aufgeschnittene Genitale in natürlicher Grösse. Man sieht hier das grosse Vulvageschwür mit seiner Fortsetzung auf die rechte Vulvawand, auf die Fossa navicularis und die linke Hälfte des Praeputium clitoridis, weiter das kreisrunde Geschwür in der Mitte der hinteren Vaginalwand, das elliptische Geschwür in der Mitte der vorderen Vaginalwand (gerade durch den Schnitt getroffen) und die fünf kleinen Geschwürchen in der Mitte zwischen dem kreisrunden Geschwüre der hinteren Vaginalwand und der Gegend der Fossa navicularis.

**Aus der Abtheilung weil. Prof. H. Auspitz.**

# Zur Kenntniss der hämorrhagischen Syphilis.

Von

**Dr. M. Horovitz,**

emerirt. Sec.-Arzt I. Classe des k. k. allgem. Krankenhauses in Wien.

Während meiner Thätigkeit als Secundararzt auf weiland Professor Auspitz' Abtheilung und Klinik hatte ich Gelegenheit gehabt, zwei Fälle hämorrhagischer Syphilis zu beobachten, die ich nebst einigen epikritischen Bemerkungen der Oeffentlichkeit zu übergeben mir erlaube.

I. Am 4. Februar 1884 wurde der 26 J. alte Tischler V. Sch. auf Zimmer Nr. 20 der II. Syphil. Abtheilung aufgenommen. Er will vor vier Wochen den letzten Coitus ausgeübt und acht Tage später eine kleine Wunde auf seinem Gliede bemerkt haben, die von einem Arzte ihres verdächtigen Aussehens wegen geätzt und später mit einem Pflaster bedeckt wurde.

Am Tage der Spitalsaufnahme wurde folgender Befund notirt: Das innere Blatt der Vorhaut, nahe der Eichelfurche, mehr der linken Seite genähert, zeigt ein flaches Geschwür mit deutlich indurirter Basis, scharfer Umrandung und mässiger Eiterabsonderung. Die Leistendrüsen beiderseits geschwellt, nicht schmerzhaft. Eiteriger Ausfluss aus der Harnröhre. Die allgemeine Hautdecke, die Schleimhäute des Mundes und die vom Primäraffecte entfernter liegenden Lymphdrüsengruppen zeigten keine Veränderung. Herz, Lunge und Unterleibsorgane normal; ebenso die Temperatur. Im Harne keine abnormen Bestandtheile.

Am 15. Februar konnte der Ausbruch miliarer und lenticulärer Knötchen, blassrother Farbe, am Stamme sowohl als auch auf den Extremitäten nachgewiesen werden, und der Kranke wurde einer Einreibungscur unterzogen. 2,00 Ung. cinerei pro dosi et die, in sechstägigen Cyklen, mit zwei Intercalartagen zwischen je zwei Cyklen.

10. März. Wegen Auftretens eines katarrhalischen Icterus wird die Einreibungscur unterbrochen, der Kranke erhält Karlsbader Mühlbrunn, milde Laxantien und wird auf eine entsprechende Diät gesetzt.

Nach 14 Tagen war der leichte Icterus geschwunden und die Einreibung wurde fortgesetzt, doch tritt im Verlaufe der letzteren ein confluirendes, aus einzelnen, das Hautniveau stark überragenden Papeln bestehendes Exanthem auf.

13. Mai. Die Farbe der Papeln ist dunkelroth, die Oberhaut über denselben zeigt mässige Spannung, später Schuppung. Am intensivsten äussert sich die Confluenz in der Gegend der Schulterblätter und der tiefen Nackenpartien. Die grössten Plaques erreichen die Kreuzergrösse und bestehen aus einem ziemlich derben Infiltrate.

7. Juni. Nachdem der Kranke 42 Einreibungen gemacht hatte, und auf die Sklerose graues Pflaster applicirt wurde, waren die Papeln vollständig involvirt, die Infiltrate resorbirt, der Primäraffect überhäutet und fast ganz erweicht. Der Kranke erhielt nun 1,50 Kal. jod. für den Tag. Während der Kranke das Jodkali gut vertrug, sein Körper an Völle und Kraft zunahm, trat nun ein ganz eigenthümliches Exanthem auf.

18. Juni. Eruption von hirsekorn- bis linsengrossen mattrothen Knötchen am Stamme sowohl als auch auf den Streck- und Beugeseiten der Extremitäten. Die Knötchen zeigen stellenweise Neigung zur Confluenz, und entfärben sich nur unvollständig unter dem Fingerdrucke; ihre Spitze trägt am ersten Tage ein feines Schüppchen und am zweiten, längstens am dritten Tage kann man einen deutlich hämorrhagischen Charakter der Efflorescenzen constatiren, der durch Blutaustritt in das Centrum des Knötchens bedingt wurde. Späterhin wurde das ganze Knötchen und seine nächste Umgebung hämorrhagisch. Der Ausbruch der hämorrhagischen Efflorescenzen ist mit einem sehr lebhaften Gefühle des Juckens verbunden.

3. Juli. Da mit Ausbruch des hämorrhagischen Exanthems die Jodkalibehandlung ausgesetzt wurde, wird der Kranke nun einer Sublimatinjectionscur unterworfen, 0,01 pro dosi et die.

5. Juli. Zunahme des Exanthems am Stamme und auf den oberen Extremitäten, lebhaft hämorrhagische Tinction der einzelnen Efflorescenzen und ausgesprochene Neigung zur Confluenz. Bildung von umfänglichen orbiculären Plaques und unregelmässig bogig begrenzten Figuren.

9. Juli. Die aus der Confluenz hervorgegangenen Flecke zeigen dunkelrothes hämorrhagisches Colorit an der Peripherie, welches auf Fingerdruck nicht schwindet; in der Mitte der Plaques hingegen sind die Zeichen der beginnenden Involution durch Abnahme der Farbensättigung und Abschuppung deutlich ausgeprägt.

11. Juli. Die linke Axelfalte zeigt neue Nachschübe hämorrhagisch tingirter Knötchen und Flecke, welche Inseln gesunder Haut zwischen sich einschliessen und gegen die vom Centrum her abblassenden, nur noch gelbbraun gefärbten älteren Efflorescenzen sehr lebhaft contrastiren.

12. Juli. Eruption neuer Knötchen auf den unteren Extremitäten, welche in der Mitte deutliche Blutpunkte tragen. Die Innenseite der Oberschenkel und das Schenkeldreieck zeigen Kreissegmente verschiedener Grösse mit hämorrhagischen Rändern.

Um über die Circulation und die Strömungsverhältnisse des Blutes in der Haut eine Vorstellung zu gewinnen, wird eine Aderlassbinde stramm um den Oberarm gelegt und es treten auf diese Weise ganz eigenthümliche Stauungsbilder zu Tage. Da zeigte es sich, dass schon nach 1—2 Minuten und noch früher an Stellen der letzten Knötchenausbrüche kleine Blutaustritte zu Stande kamen, und dass an Stelle der punktförmigen Hämorrhagien es zu flächenhaften Blutaustritten kam. Die grossen fleckenartigen Figuren aber bekamen das Aussehen von Ecchymosen.

15. Juli. Das Abblassen der älteren Efflorescenzen nimmt immer mehr zu, keine frischen Nachschübe.

1. August. Nachdem die ganze Zeit hindurch keine neue Efflorescenz mehr auftrat, und die früheren Hautblüthen mehr weniger involvirt waren, wurde der Patient nach applicirten 24 Sublimatinjectionen aus dem Spitale entlassen.

Der Kranke blieb noch ein Jahr lang ambulatorisch in Beobachtung und ich konnte auch während der ganzen Zeit bis auf einige leichte Schleimhaut-Plaques, die auf Höllensteinätzung

schwanden, keine sonstigen Nachschübe der Syphilis entdecken. Die Temperatur und der Harn zeigten während der ganzen Floritionszeit des hämorrhagischen Exanthems kein abnormes Verhalten.

II. Am 22. Juni 1885 wurde der 25 Jahre alte Kutscher A. B. auf Zimmer Nr. 19 der II. Syphilis-Abtheilung aufgenommen. Seiner Aussage nach habe er vor vier Monaten den letzten Coitus ausgeübt und nach etwa acht Wochen entwickelte sich eine irreponible Phimose, der zwei oder drei Wochen früher ein Geschwür voranging. Seit sechs Wochen bestehen die grossen Flecke, die ursprünglich aus kleinen „Wimmerchen" hervorgegangen sein sollen. Soweit die Anamnese.

Am Tage der Aufnahme wurde folgender Befund festgestellt: Patient klein, von starkem Knochenbau, schlechtem Ernährungszustande und schlaffer Musculatur. Haut dunkel. Die inneren Organe zeigen normale Verhältnisse. Präputium phimotisch, an der Spitze desselben eine haselnussgrosse, hart anzufühlende, mit normaler Haut bedeckte Stelle. Am oberen Theile der Vorhaut, in der Gegend der Eichelfurche eine flache Excoriation, mit vertrockneter Oberfläche.

Auf der Haut der Stirne, des Stammes, hier namentlich des Rückens und endlich der Extremitäten mit Ausnahme der Hände und Füsse zahlreiche Efflorescenzen von nachfolgendem Aussehen: In der Mitte laufen bis fingernagelgrosse, glänzende, an manchen Stellen leicht schuppende, etwas erhabene rothe Papeln und um dieselben ein $^1/_2$—$1^1/_2$ Ctm. breiter, braunrother, hämorrhagischer Hof, welcher auf Fingerdruck nicht abblasst. Am Rücken, auf den Oberarmen, sowie in der rechten Leistenbeuge ist eine solche Confluenz der einzelnen Papeln und ihrer Höfe, dass dadurch thaler- bis handtellergrosse hämorrhagische Flecken unregelmässiger Form entstehen.

In der Aftergegend und der Gegend der Falten und Nischen der Geschlechtsorgane zahlreiche linsen- bis haselnussgrosse nässende Papeln. Auf der Unterlippe eine mit hämorrhagischem Randinfiltrate versehene Excoriation. Die Schleimhaut des Mundes, Rachens und Schlundes etwas geröthet, sonst nichts Abnormes darbietend.

Die Drüsen der Inguinalgegend torpid geschwellt, nicht schmerzhaft; anderweitig keine Drüsenschwellungen fühlbar.





Es wird keine specifische Behandlung eingeleitet, um die spontanen Veränderungen des Exanthemes ohne Beeinflussung irgend eines Medicamentes zu beobachten. Nur der Primäraffect wird einer localen Therapie von Jodoform und Carboleinspritzungen unterzogen. Die Temperatur und der Harn zeigten nichts Abnormes.

27. Juni. Die hämorrhagischen Flecke und Höfe blassen ab, dadurch treten die centralen Syphilisprodukte deutlicher hervor.

2. Juli. Deutliches Abblassen der Hämorrhagien; die Scrotalhaut derb geschwellt.

6. Juli. Die Sklerose beginnt zu erweichen.

18. Juli. Die Sklerose ist bedeutend weicher, das Präputium noch immer phimotisch. Die Hämorrhagien werden noch blasser. Nun wird die Injectionstherapie begonnen und der Kranke bekommt 0,015 Sublim. pro dosi et die.

2. August. Die Phimose behoben und beim Zurückschieben der Vorhaut ist im Sulcus retroglandularis ein flaches, mässig eiterndes Geschwür zu sehen. Dieses Geschwür wurde mit Höllenstein geätzt und mit Jodoformgaze verbunden.

7. August. Die hämorrhagischen Flecke sind bedeutend abgeblasst.

20. August. Die Geschwüre am Gliede vollkommen geheilt; die Sklerose nur kaum zu tasten.

31. August. Die hämorrhagischen Flecke tragen jetzt den Charakter dunkler Pigmentationen; die centralen Syphilisprodukte sind involvirt und ihre Stellen markiren sich jetzt nur durch ein Roth, welches einen Stich ins Livide trägt.

7. September. Die Sklerose vollkommen resorbirt; am Stamme und auf den Extremitäten zerstreut stehende dunkle Pigmentflecke. Der Patient wird nach Erhalten von 24 Injectionen geheilt entlassen.

Aus diesen zwei Krankengeschichten ergibt sich bis zur Evidenz, dass wir es hier mit der so seltenen Form, der hämorrhagischen Syphilis Erwachsener zu thun haben. Wir sehen nämlich, wie bei zwei an der Schwelle der besten Mannesjahre stehenden Individuen, die keine Zeichen irgend einer zu Blutungen führenden Dyskrasie darbieten, die Produkte der Frühperiode der Syphilis hämorrhagisch werden. Wir sehen weiters besonders im ersten Falle, wie die Blutaustritte rasch die bekannten Involutionen





durchmachen, um endlich nach Erschöpfung des Exsudationsprocesses in und um die einzelnen Syphilis-Efflorescenzen vollkommen zu schwinden.

Diese Form der Hautsyphilis scheint so selten zu sein, dass viele hervorragende Beobachter sie gar nicht gesehen zu haben aussagen, wie von Zeissl sen.; oder sie erwähnen ihrer überhaupt nicht, sie streifen nur diese Frage, wie Kaposi und Bäumler, oder endlich sie erwähnen ihrer nur insoferne, als sie ab und zu einzelne auf Syphilis beruhende Knötchen hämorrhagisch werden gesehen zu haben angeben, wie Lang in seinem jüngst erschienenen Lehrbuche der Syphilis. Von älteren Schriftstellern gar nicht zu sprechen.

Doch Hämorrhagien in solchem Masse und solcher Intensität, wie in diesen zwei Fällen scheint nur Bälz[1]) gesehen und beschrieben zu haben. Der von Bälz beschriebene Fall ist unseren zwei Fällen bis auf einzelne Abweichungen vollkommen gleich. Während bei Bälz jedoch die Hämorrhagien etwa ein Jahr nach Auftritt des Primäraffectes und des ersten Exanthemes und nach überstandener Mercurialcur unter rheumatoiden Schmerzen und Gelenksschwellungen zum Vorschein kommen, ist in unseren Fällen eine Coincidenz der primären luetischen Geschwüre, der ersten Exantheme und der dieselben begleitenden Hämorrhagien zu verzeichnen.

Wir wollen gleich vorweg nehmen, dass diese Syphilisform sich von der hämorrhagischen Syphilis Neugeborener wesentlich unterscheidet. Denn aus den betreffenden Schilderungen Behrend's, Deahna's und Petersen's folgt, dass die Blutung bei Neugeborenen in ganz anderer Weise und unter anderen Umständen vor sich geht, als bei Erwachsenen.[2])

Wir können ferner hinzufügen, dass die Blutung in unseren Fällen höchst wahrscheinlich auf dem Wege der Diapedese zu Stande kam. Wir haben zwar keine anatomisch-histologischen Untersuchungen ad hoc angestellt — auch würde eine solche diese Frage nicht mit Sicherheit beantworten — doch findet der Vorgang

[1]) Bälz, Archiv der Heilkunde 1875, Seite 169.

[2]) Die vollständige Literatur über die noch strittige Syphilis hämorrhagica neonatorum ist im Aufsatze Peterson's, diese Vierteljahresschrift 1883, nachzusehen.



der Blutung bei genauer Betrachtung des krankhaft veränderten Territoriums in der Natur des Entzündungsprocesses selbst seine natürliche Erklärung. Die experimentellen und histologischen Untersuchungen über den Entzündungsprocess lehren ja, dass die Gefässwände der entzündeten Bezirke tief greifende Veränderungen erleiden, vermöge welcher die Durchlässigkeit für rothe und weisse Blutkörperchen ganz bedeutend wird. Wir wissen ferner, dass durch Anwachsen der Entzündungsreize es zu so hochgradiger Verlangsamung des Blutstromes und consequentermassen zu einer solchen Durchlässigkeit der Gefässwände kommt, dass der massenhafte Durchtritt der rothen Blutkörperchen schon als Hämorrhagie imponiren muss.[1])

Wenn wir nun erwägen, dass die Syphilisablagerungen Produkte einer mehr weniger intensiven Entzündung sind, dass die Intensität der Entzündung den Reizen aber direct proportional ist, so steht bei Annahme eines sehr starken Reizes und einer eigenen Disposition der Schlussfolgerung gar nichts im Wege, den ganzen Vorgang der Papelbildung mit gleichzeitiger blutiger Durchtränkung des Gewebes dem früher Gesagten aufs engste anzuschliessen.

Pathologische Untersuchungen und wohlconstatirte mikroskopische Befunde in grosser Zahl sprechen überdies dafür, dass unter dem Einflusse des Syphilisvirus sich eine ausgesprochene Veränderung der Gefässe etablirt, die in ihrem Endausgange sich als Verdickung der Intima darstellt, wie dies aus den Arbeiten Auspitz' und Unna's über den Primäraffect und den Untersuchungen Heubner's über die luetische Erkrankung der Hirngefässe sich ergibt. Es darf uns daher nicht Wunder nehmen, wenn wir bei einigen Individuen auf eine Veränderung der Wand der kleinen Gefässe stossen, die unter dem Einflusse des Syphilisvirus in der entzündlichen Gewebsalteration im Anfang der Erkrankung in einer starken „Porosität“ (Cohnheim) sich manifestirt, und daher zu den in unseren Krankengeschichten niedergelegten Erscheinungen der Blutung geführt hat.

Alle übrigen noch möglichen Erklärungsursachen der Blutung, als Rhexis der Gefässe auf der einen und hämorrhagischer Infarct

---

[1]) Cohnheim, Vorlesungen über allgemeine und experimentelle Pathologie. — Capitel: Entzündung und Blutung.



(Embolie) und venöse Stauung auf der anderen Seite, müssen wegen Mangels eines jeden Anhaltspunktes für diese Momente von der Hand gewiesen werden. Ob diese Ursachen nicht hin und wieder ein Syphilisprodukt hämorrhagisch machen, oder gar das Gesammtbild der hämorrhagischen Syphilis bedingen können, soll nicht im Allgemeinen, sondern nur in unseren zwei Fällen in Abrede gestellt werden.

Da wir auch eine jede Dyskrasie, die erfahrungsgemäss zu Blutungen führt, in unseren Fällen mit Sicherheit ausschliessen konnten, da weiters die auf Hämophilie beruhenden Blutungen in unseren Fällen nicht zutrafen, so blieb die oben auseinandergesetzte Erklärung der Blutung: hochgradige Entzündungs-Diapedese rother Blutkörperchen bei dazu ihren Gefässwänden nach disponirten Individuen als einzige mit den Thatsachen in vollem Einklange stehende Erklärung übrig. Welchen Verlauf die Syphilis und ihre Produkte bei Blutern nimmt, konnte ich in einem Falle beobachten. Es handelte sich um eine junge, sehr kräftige Frauensperson, die einer an Hämophilie leidenden Familie entsprosste und mit recenten Syphilisablagerungen papulöser Natur auf der Haut und den angrenzenden Schleimhäuten behaftet war. Es traten bei dieser Person Blutungen aus der Schleimhaut der Nase, des Uterus und des Verdauungstractes auf, denen sie schliesslich auch erlag; jedoch die Papeln zeigten keine Spur von Hämorrhagie und auch die Umgebung dieser Syphilisablagerungen waren frei von jeder Blutung.

Der Einwurf, dass im ersten Falle die Blutung mit dem Icterus in ursächlichen Zusammenhang zu bringen wäre, muss schon darum abgewiesen werden, weil dieser Icterus, seinem ganzen klinischen Verlaufe nach ein leichter, schon nach einigen Tagen abgelaufen war, und Icterusblutungen bekanntermassen nur bei schweren Icterusformen auftreten. Uebrigens ist die Combination von Icterus und früher Lues nicht gar so selten und doch ist darüber noch nichts bekannt, dass die Syphilisprodukte unter dem Einflusse eines mit Gallenbestandtheilen überladenen Blutes hämorrhagisch geworden wären. Ich selbst habe sechs Fälle von Icterus während der Proruption des ersten Exanthemes beobachtet, doch nie eine Spur von Blutung dabei gesehen. Auch sollte man erwarten, dass die Blutungen, die nach Icterus auftreten, die im



unmittelbaren Anschluss an den Icterus hervorbrechenden Exantheme befallen wurden, was bei unserem Falle auch nicht zutraf, sondern wie aus der Krankengeschichte zu ersehen ist, traten die Blutungen etwa acht Wochen nach abgelaufenem Icterus auf.

Endlich ist der Vorgang der Hämorrhagie bei vielen exsudativen Hautprocessen, die in der Regel ohne hämorrhagisches Exsudat verlaufen, ein analoges Beispiel für unsere Fälle. Auch in diesen ist die Erklärung der Blutung mit der unserigen übereinstimmend. Ich erwähne beispielsweise das Erythema multiforme haemorrhagicum. Mir ist noch ein Fall von hämorrhagischem Erythem aus der Klinik des Prof. Kaposi sehr gut erinnerlich, der mit unseren zwei Syphilisfällen und mit dem von Bälz beschriebenen Falle die grösste Aehnlichkeit hatte, bis auf einige eigenthümliche, auf das Erythem selbst zu beziehende Erscheinungen. Diese Eigenthümlichkeiten betrafen die strenge Einhaltung der Localisation um die befallenen Gelenke, die lange Dauer des Uebels durch immer neue Nachschübe und die prävalirende Form der Primärefflorescenz in Gestalt von Flecken, die nur stellenweise sich bis zur Höhe der Quaddel steigerten.

Was die Prognose dieser Syphilisformen betrifft, so stimmen wir auch in dieser Beziehung mit Bälz vollkommen überein und müssen diese Form als eine leichte ansehen. Nach 1—2 Tagen schon beginnt die Aufsaugung der blutigen Exsudate, und nachdem die Epidermis sich in feinen Schüppchen ablöste, war nach 8 bis 10 Tagen die Involution so weit vorgeschritten, dass an Stelle der früheren so lebhaften blutigen Tinctionen jetzt nur noch dunkelbraune Pigmentationen sichtbar waren. Recidiven konnte ich nicht constatiren, obschon der ganze Decursus ein etwas schleppender war. Blutungen aus inneren Organen und aus den noch sichtbaren Schleimhäuten waren ebenfalls nicht vorhanden. Der übrige Verlauf der constitutionellen Syphilis dieser zwei Patienten war ein gewöhnlicher, man kann ihn sogar einen milden nennen, da mit Ausnahme einer leichten Lippenaffection, welche auf Aetzung mit Höllenstein schnell schwand, keine neuen Nachschübe mehr zu verzeichnen waren, trotzdem der erste Patient über ein Jahr, der zweite Patient etwa ein halbes Jahr lang in Beobachtung blieben.



Welchen Einfluss die specifische Therapie auf den ganzen Process, namentlich aber auf die rasche Resorption der Syphilisprodukte und auf Hintanhaltung der möglichen Recidiven ausübte, das wollen wir nicht bestimmen.

Wenn wir also das so vielgestaltige klinische Bild der Hautsyphilis einerseits um eine Form vermehrt, oder richtiger gesagt, durch das Hinlenken der Aufmerksamkeit auf eine seltenere Form bereichert haben, so haben wir anderseits die Pathologie der Hautsyphilide nach einer gewissen Richtung hin nur nothwendigerweise ergänzt. Denn nach der von uns gegebenen Beleuchtung des ganzen Vorganges ist nichts natürlicher, als die unter günstigen Bedingungen auftretende Hämorrhagie in Syphilisablagerungen der Haut. Wenn wir bedenken, dass die Syphilis an der Hautdecke alle pathologischen Veränderungen, vom Flecke angefangen bis zum Zerfall der Gewebe nach Geschwüren hervorzurufen vermag, so wäre es wirklich ganz merkwürdig, wenn unter gewissen dafür günstigen, bis nun aber nicht näher definirbaren Umständen und den oben hervorgehobenen Momenten nicht auch die Blutung statthaben sollte.



**Aus der Abtheilung weil. Prof. H. Auspitz.**

# Zur Lehre vom Granuloma fungoides. (Mycosis fungoides Alibert.)

Von

**Dr. Carl Hochsinger,**
Secundararzt I. Cl. des k. k. allgemeinen Krankenhauses in Wien.

und

**Dr. Eduard Schiff,**
Docent für Dermatologie und Syphilis an der Universität Wien.

Eingelangt bei der Redaction am 29. Juli 1886.

In unserer ersten, in Gemeinschaft mit unserem verewigten, leider nur zu früh der Wissenschaft und uns entrissenen Lehrer Auspitz erfolgten Publication über diesen Gegenstand[1]) wurde mit der Veröffentlichung der Krankengeschichte und der sich daran knüpfenden mikroskopischen und bacteriologischen Untersuchungen eines Falles von Granuloma fungoides begonnen, mit dem Vorbehalte jedoch, um, wie Auspitz sich damals ausdrückte, den Charakter einer einfachen pathologisch-klinischen Schilderung nicht zu trüben, alle einschlägigen Daten und Beobachtungsergebnisse einem endgiltigen Abschlusse erst dann entgegenzuführen, bis eine länger dauernde Beobachtung des Falles und wiederholt nach jeder Hinsicht vorgenommene Untersuchungen ein definitives Resultat zur Beurtheilung des Krankheitsfalles ermöglichen könnten.

Wir sind nunmehr in der Lage, die Krankengeschichte dieses Falles, welcher ursprünglich der Privatpraxis Prof. Auspitz's entnommen war, in ihrer Totalität und mit allen Details zu schildern, da die betreffende Kranke nach ihrer am 30. Juli 1885

[1]) Auspitz. Ein Fall von Granuloma fungoides. Diese Viertelj. 1885.

erfolgten Aufnahme auf die Auspitz'sche Abtheilung des k. k. allgemeinen Krankenhauses in Wien bis zu ihrem Tode unserer unausgesetzten klinischen Beobachtung und wissenschaftlichen Untersuchungscontrolle unterworfen war. Ueberdies verfügen wir aus dem Nachlasse weiland Prof. Auspitz's über jenen Theil der Krankengeschichte, welcher in unmittelbarem Anschlusse an die erste Publication bis zur Spitalsaufnahme der Patientin reicht.

---

Der Uebersichtlichkeit halber wollen wir vorerst mit wenigen Worten die Geschichte des Krankheitsfalles vom ersten Beginne der Affection im Jahre 1877 bis März 1885, wo unsere Aufzeichnungen ihren Anfang nehmen, recapituliren.

Die Erkrankung begann im Jahre 1877 unter dem Bilde eines schuppenden chronischen Eczemes am Rücken, welches sich allmälig über den ganzen Körper verbreitete, verharrte in diesem Stadium jeder Behandlung trotzend, bis Mitte 1883, wo zuerst am Kopfe exulcerirende Infiltrate entstanden, bis Ende 1884 die ersten ulcerirenden Knotenbildungen auftraten. Den ersten knotigen Infiltraten auf der rechten Kopfhauthälfte folgten bald neue, ineinander confluirende, und exulcerirende Knoteneruptionen, durch welche im Laufe weniger Monate weitausgedehnte, beide Seitenwandbeingegenden occupirende, nekrotisch zerfallende Substanzverluste der Haut mit infiltrirter Umgebung zu Stande kamen.

Nebstdem persistirte am übrigen Körper der chronische Eczemzustand, welcher sich durch Auftreten plaqueförmiger Inseln, rosenrother, leicht infiltrirter und schuppender Eruptionen charakterisirte. Dabei kam es öfters zur Bildung von nässenden Stellen und Rhagaden.

Ohne auf die subjectiven Symptome, welche ja von Auspitz eingehend geschildert wurden und auch in unserer Krankengeschichte entsprechend gewürdigt werden sollen, Rücksicht zu nehmen, gehen wir zur Mittheilung des Status praesens vom 12. März 1885 über, der sich direct dort anschliesst, wo die erste Publication abbricht.

## Status praesens vom 12. März 1885.

Ueber den rechten Seitenwandbeinhöcker zum Theile gegen die obere Peripherie der Schläfebeinschuppe, im Uebrigen aber



gegen die Hautdecke des Hinterhauptbeines, mehr gegen die linke Seite desselben, eine unregelmässig geformte, mit wallartig aufgeworfenen Rändern versehene, das Hautniveau überragende, über flachhandgrosse, exulcerirte Fläche.

Die Basis der ulcerirten Geschwulst ist unregelmässig, mit zum Theile überhäuteten, zum Theile blassrothen, oder eitrig belegten, kolbig geformten Excrescenzen versehen, an deren Oberfläche kein epithelialer Ueberzug vorhanden ist.

Nahe dem Rande der hinteren Begrenzung der Aftermasse sulzige, frische, wie durchsehende erhabene, noch von Epidermis bedeckte Knötchen.

Ueber dem linken Stirnbeinhöcker eine über thalergrosse, mit wallartigem Rande versehene central vertiefte, wie ausgehöhlte, exulcerirte Neubildung von succulenter, schwammartiger Beschaffenheit. Medial von dieser eine ganz ähnliche, doch noch nicht ulcerirte pilzartig aufsitzende, nur an ihrer Grenze zu der vorher erwähnten Aftermasse in beginnender Nekrose begriffene Geschwulst. Die Umgebung der Geschwürsflächen zeigt, abgesehen von einzelnen etwas derberen und gerötheten, wie leicht infiltrirten Hautstellen nichts Abnormes.

Stauungsödem beider Augenlider, mit Röthung und Schuppung der Lidhaut; die Glandulae mastoideae geschwellt. Die Haut des linken Nasenflügels und um den linken Mundwinkel dichter infiltrirt, geröthet, schuppend.

Die Hautdecke der oberen Extremitäten leicht infiltrirt, trocken, welk, gerunzelt in beständiger Schilferung, an den Handgelenken wie gegerbt.

In der Mitte des rechten Vorderarmes, neben der Ulnarlinie, eine erbsengrosse Geschwulst von mässig derber Consistenz im Hautgewebe eingelagert.

An den Seitenflächen und der Vorderfläche des Stammes finden sich zahlreiche häufig confluirende, mit trockenen Schuppen bedeckte, mässig infiltrirte und geröthete, unregelmässig geformte Plaques von Silberguldengrösse, welche heftiges Jucken verursachen.

Das Aussehen der Patientin ist sehr blass, die Züge sind ziemlich verfallen, dabei ist Appetit vorhanden. Temperatur 37·0°.



Stuhl regelmässig. — Subjectiv, Klage über blitzartige Schmerzen in der linken Kopfhälfte, die in den Knochen localisirt werden.

Die median gelegene exulcerirte Aftermasse wird mit 1°/₀₀ Serosublimat bepinselt. Eine seit 14 Tagen täglich mit Serosublimat (1°/₀₀) bepinselte exulcerirte Stelle über dem linken Parietalhöcker scheint beträchtlich flacher geworden zu sein und beginnt vom Rande her sich zu überhäuten. Doch ist die Umgebung dieses Knotens erythematös geschwellt, leicht empfindlich.

14. März 1885. P. 86. T. 37·4. Die seitliche über der Stirne befindliche, ulcerirte Knotenmasse uneben höckerig, mit einer dünnen Eiterlage überzogen. Die mittlere Plaque, welche zuletzt mit Serosublimat bestrichen wurde, zeigt in der Mitte nunmehr eine lebhaft rothe, rein granulirende Fläche; die dem wallartig überwuchernden Rande nahegelegenen Theile, welche nicht bepinselt wurden, sind nekrotisch grau belegt. Das Oedem im Gesichte hat augenscheinlich zugenommen. Die Gesichtsfarbe ist wachsgelb. Die Geschwürsfläche am Hinterhaupte verursacht heftige Schmerzen. Morphininjection (0·03).

17. März. Die seitlichen Plaques an der Stirne sind mit einer feinen Epitheldecke überzogen. Serosublimatpinselung 1 : 1000. Morphinlösung (20°/₀) wird auf die Geschwürsfläche am Hinterhaupte aufgepinselt. Gazeverband.

19. März. An den Knoten und Geschwüren keine Veränderung. Zunahme der Schwellung der Gesichtshaut.

21. März. Die Umrandung des aufgebrochenen Knotens in der Regio temporal. sin. stärker infiltrirt, erhaben, wallartig aufgeworfen. Central beginnt nekrotischer Zerfall. Die Ulcerationen an der Stirne unverändert. Serosublimatverband. Heftige Schmerzen. Morphininjection.

30. März. Einzelne Knotenpartien in Ueberhäutung. Ueber den nekrotischen Theilen Gypstheersäckchen.

2. April. Ein erbsengrosser derb elastischer Knoten in der Haut über dem linken Augenbrauenbogen aufgeschossen.

5. April. Der neue Knoten ist excoriirt.

10. April. Arrosion eines Astes der rechten Temporalarterie. Compressionsverband.

16. April. Ein zweiter haselnussgrosser Knoten über dem linken Superciliarbogen. Drüsenschwellung am Halse.



1. Mai. Die beiden letzten Knoten confluirt, haben Nussgrösse erreicht. Keine Ulceration daselbst. Starkes Oedem der linken Augenlider und heftige Schmerzen im ganzen Kopfe.

3. Mai. Zwei kleine etwa erbsengrosse Knötchen seitlich vom rechten äusseren Augenwinkel. Neuralgische Schmerzen in den Schläfen und den Bulbis. Rapider Zerfall und fortschreitender Aufbruch sämmtlicher Knoten am Kopfe mit peripherem Wachsthum einer medullären Infiltration der Kopfhaut. Im Centrum der confluirenden Geschwürsfläche ist der Knochen blosgelegt und nur mit spärlichen, wenig secernirenden schwammigen Granulationen bedeckt. Enorme Schmerzen im ganzen Kopfe und Gesichte. Seit vier Wochen täglich bis drei Morphininjectionen. Jodoformgazeverband.

20. Mai. Oedem des Gesichtes, besonders der Augenlider beiderseits, so dass dadurch die Bulbi vollkommen verdeckt sind. Heftige Diarrhöe, Bauchschmerzen. Nekrotischer Zerfall der Knoten über dem linken Auge. Die grosse Ulcerationsfläche am Schädel reinigt sich unter Jodoformbehandlung, die peripher progrediente neoplasmatische Hautinfiltration nimmt demungeachtet zu. Oedem der Augenlider geschwunden.

24. Mai. Die Hals- und Unterkieferdrüsen links geschwellt, sehr schmerzhaft.

6. Juni. Zahlreiche neue und gleich von Haus aus nekrosirende cutane Knoten im linken Augenlide und in der Gegend des rechten Stirnbeinhöckers. Die Knoten nach aussen vom rechten Auge sind durch Resorption verschwunden.

18. Juni. Fortschreitender Zerfall der Knoten über dem linken Augenlide zu grossen, tiefgreifenden Geschwüren. Schwellung und derbe, schmerzhafte diffuse Infiltration der rechten Ohrmuschel. Alle ulcerirten Stellen werden continuirlich mit Jodoform, die nekrotischen mit Gypstheer behandelt.

1. Juli. Auftreten von erbsengrossen, hellrothen, von glänzend gespannter Hautdecke bekleideten succulenten, medullären Knötchen, acht an der Zahl, in der rechten Wange. Dabei ödematöse Schwellung dieser Gesichtshälfte und neuralgische Schmerzen.

10. Juli. Ausser den neuralgischen, mit den Knoteneruptionen verbundenen Schmerzen, der enormen Schmerzhaftigkeit der Wundfläche und der ziemlich beträchtlichen Anämie, ist die Patientin jetzt

frei von Beschwerden. Appetit und Schlaf ist gut, Gehfähigkeit nicht geschwächt.

16. Juli. Diarrhöe; die Patientin wird bettlägerig, nimmt an Kräften ab. Am Schädel zunehmende Verschwärung, und beginnende Verjauchung der Aftermassen.

25. Juli. Heftige blitzartige Schmerzen über dem rechten oberen Augenlide.

27. Juli. Ein haselnussgrosser neuer Knoten daselbst. Die Schmerzen dauern an.

29. Juli. Aufbruch des Knotens. Wegen zunehmender Schwäche und Unmöglichkeit einer weiteren Privatbehandlung erfolgt die Aufnahme der Kranken auf die Spitalsabtheilung des Prof. Auspitz (Zr.-Nr. 20).

30. Juli. (Aufnahme in das k. k. allgem. Krankenhaus.) Das linke Auge kann etwas geöffnet werden, während das rechte wegen starken Oedems der Lider geschlossen bleibt, wegen continuirlicher Schmerzen täglich zweimal 0·03 Morphin, subcutan. Resorcinsalbe (2%) auf die Geschwüre. Die Harnuntersuchung (Prof. Ludwig) ergibt nichts Abnormes. Die Blutuntersuchung ergibt keine Vermehrung der weissen Blutelemente.

3. August. Die Knoten in der rechten Gesichtshälfte sind zum Theile aufgebrochen. Die Geschwüre am Kopfe eitern unter der Resorcinsalbe nur wenig, der Grund ist jetzt hellroth, rein, leicht granulirend, keine nekrosirenden Stellen darbietend.

6. August. Starke Eiterung der mit Resorcin bedeckten Stellen. Temp. 39·2.

9. August. Fieber geschwunden. Eiterung gering.

10.—12. August. Leichte Fieberbewegungen andauernd. Da die mit Resorcin bedeckten Stellen stark eitern und schmerzen, wird jetzt die ganze ulcerirte Partie mit Gypstheer verbunden.

18. August. Nekrose und putride Gangrän der infiltrirten Haut in der Parietalgegend des Schädels. Mehrere neue Knoten in der Haut der linken Wange, die Augenlider linkerseits hochgradig chemotisch. Abendlich leichte Temperatursteigerung.

20.—25. August. Anwendung von Pyrogallussalbe (1 : 50) auf einige Geschwüre. Starke Eiterung und Zunahme der Schmerzen. Deshalb weiter Gypstheer.

12. September. Knöchelödem. Fortschreitende fötide Gangrän der Schädelhaut, welche, wo noch nicht ulcerirt, überall infiltrirt erscheint. Keine Albuminurie. Die schuppenden Plaques am Stamme bestehen unverändert weiter.

2. October. An der rechten Wange wieder neue Knoten von Erbsen- bis Haselnussgrösse. Normale Temperatur.

3. October. Die frischen Knoten sind aufgebrochen. Exorbitante Schmerzen im rechten Bulbus und in der ganzen rechten Gesichtshälfte. Beide Lider enorm geschwellt, fest infiltrirt, brethart, dicht aneinandergepresst, nicht auseinander zu bringen. Zwischen den Lidern sickert übelriechender Eiter hervor. Kein Fieber.

5. October. Durch rapiden nekrotischen Zerfall sind beide Augenlider des rechten Auges vollständig consumirt, so dass die Orbita völlig blosliegt. An einem stielartig geschrumpften strangartigen Gebilde hängt, ohne jegliche Structur mehr erkennen zu lassen, der in eine hellrothe Granulationsmasse verwandelte Bulbus hervor. Die Haut der Calvaria vollkommen defect, der Schädelknochen theils mit trockenen mumificirten, theils mit gangränös missfärbigen Gewebsfetzen bedeckt. Die Knoten an der linken Wange sind beträchtlich grösser geworden und zum Theile zu grossen Knollen confluirt, welche in ulcerösem Zerfall begriffen sind. Kein Fieber.

8. October. Zerfall beider linker Augenlider, nach vorhergegangener neuerlicher acuter Infiltration derselben und des linken Bulbus, analog dem Vorgange auf der rechten Seite. Afebril.

10. October. Am Halse linkerseits ebenfalls eine nussgrosse Anschwellung von derber Consistenz aufgetreten. Continuirliche Schmerzen.

14. October. Die Anschwellung am Halse hat sich zu einem hühnereigrossen cutanen Knoten herausgebildet, dessen Decke leicht geröthet ist; derselbe zeigt ganz schwache Fluctuation. — Oedem der Unterschenkel. Im Harn kein Albumen. — Herz und Lunge normal. Kein Fieber. — Blutuntersuchung ergibt nichts Abnormes.

15. October. An der linken Seite des Rückens gegen die hintere Axillarlinie zu, entsprechend dem letzten Intercostalraume, eine thalergrosse diffuse Hautinfiltration mit Schuppung. Temp. 38·2 Abends.

25. October. An der linken Wange sind neue Knoten entstanden und sofort aufgebrochen, so dass jetzt die ganze linke Wange mit einzelnen silberguldengrossen, kraterförmigen, zum Theile ineinander confluirenden Geschwüren bedeckt ist, deren Basis und Umgebung





von der neoplastischen Infiltration gebildet wird. Zunehmendes Oedem der Unterschenkel. Heftige Schmerzen an den Wundflächen. Herzdämpfung verbreitert, an der Spitze ein systolisches Blasen. Harn frei von Albumen.

27. October. Husten, Klage über linksseitige Brustschmerzen und Athemnoth. L. H. O. leichte Schalldämpfung mit schwachem unbestimmtem Athmen und feuchtem Rasseln. Heftige Diarrhöe. Temp. 38·5. Tctr. Opii tropfenweise.

2. November. Zunehmende Dämpfung L. H. U. mit Abschwächung des Athmungsgeräusches. Husten etwas geringer. Diarrhöe andauernd. Temperatur normal.

An beiden Wangen sind neue Knoten aufgetreten, die nächst älteren zerfallen. Beginnender Decubitus an den inneren Knöcheln. Die Füsse stark ödematös.

8. November. Beide Wangen, sowie die obere Hälfte der rechten Ohrmuschel total ulcerös zerfallen. Ausgebreitete Gangrän an der linken Wange. Ueber dem linken Warzenfortsatz ein haselnussgrosser recenter Knoten.

9. November. Der frisch entstandene Knoten ist schon vollständig zerfallen. Patientin ist soporös, nur hin und wieder für Minuten bei Bewusstsein. Die Herztöne sehr schwach, leichte Blasegeräusche. Puls kaum fühlbar, fadenförmig. Das Oedem der unteren Extremitäten hat bedeutend zugenommen. Die rapid fortschreitende Gangrän der zerfallenden Knoten verbreitet einen fötiden Gestank. — Seit 7 Uhr Abends tiefes Coma. Um $^1/_2$9 Uhr Exitus.

Sectionsbefund am 10. November 1885. (Prof. Dr. Kundrat.)

Der Schädel von der Nackengrenze bis zu den Augenbrauenfirsten seines Integumentes entbehrend, theils und zwar in zerstreuten kleineren und einer handtellergrossen Stelle über dem rechten Scheitelbeine mit einem oberflächlich leicht vertrockneten, zarten, theils der infiltrirten Beinhaut, theils der Galea aufsitzenden Granulationsgewebe, grösstentheils aber mit einer bis selbst mehrere Millimeter dicken, von einer Schichte Gypstheer bedeckten, schwarzbraunen nekrotischen Masse überzogen, welche letztere auch, wie der Durchschnitt durch dieselbe zeigt, bis an die Beinhaut greift. Die Haut über den Augenbrauenwülsten der Glabellargegend in einem daumenbreiten Streifen zwischen den Stirnbeinhöckern in Form oberflächlich nekrosirter Wülste erhalten, wie infiltrirt, succulent, schmutzig röthlich verfärbt.



Die oberen Augenlider zu fingerdicken, das linke untere zu einem fingerbreiten Wulst umgewandelt, der aus oberflächlich granulirendem, speckig infiltrirtem, aber hier weisslichen Gewebe besteht. Das rechte obere Augenlid durch in die Nasenwurzel tief kraterförmig eingreifende Substanzverluste mit nekrotisch eitriger Basis von innen oben her halb abgelöst, in einen nussgrossen Wulst umgewandelt, der an seiner Kuppe einen über kreuzergrossen, seichten Substanzverlust mit nekrosirender Basis aufweist. An Stelle der Bulbi sind beide Augenhöhlen durch eine granulirende Gewebsmasse ausgefüllt. In der linken Schläfegegend und über dem Jochbogen die Haut wie speckig infiltrirt, oberflächlich nekrosirt. Ueber der rechten Wange, bis nahe an die Nase und den Mundwinkel reichend, ein dreieckiger Substanzverlust mit abgerundeten Rändern und 6 Centimeter Querdurchmesser, 5 Centimeter im Höhendurchmesser mit einer muschelförmig vertieften, von eitrig infiltrirten, jauchig zerfallenem Gewebe überdeckten Basis und stark wallartig aufgeworfenen infiltrirten, oberflächlich granulirenden Rändern. In der Gegend des rechten Schläfenmuskels ein handtellergrosser Substanzverlust mit granulirender Basis, dessen in der Tiefe speckig infiltrirter Grund der Temporalfascie aufsitzend, mit ihr verschmilzt. Ueber dem rechten Jochbogen in der Haut an der Wange und in der Gegend des Unterkieferwinkels bis an das Ohr ein auf mehrere Millimeter in die Tiefe schwarzbraun verfärbtes, zunderartig zerfallendes Gewebe blosliegend, unter dem das noch erhaltene subcutane Gewebe gleichfalls speckig sulzig infiltrirt und schmutzig röthlich missfärbig erscheint. Nach innen von dieser Partie, angrenzend an die Nase, in einem fingerbreiten und an der Wange herab in einem breiteren Streifen durch seichte, gleichfalls muschelförmig vertiefte Substanzverluste die Haut consumirt, die Basis und Ränder der Substanzverluste speckig infiltrirt. Das rechte Ohr bis auf die eigentliche Concha und das Ohrläppchen total consumirt, die Ränder der Substanzverluste daselbst buchtig, graugelb, speckig sulzig infiltrirt. Im Ganzen genommen ist somit von der Haut des Gesichtes nur jene der Nase, der Ober- und Unterlippe, des Kinnes und eines fingerbreiten die Mundwinkel umgrenzenden Streifens intact erhalten. Dieselbe erscheint jedoch, besonders an der Nase und der Oberlippe, infiltrirt, weiss, glatt, glänzend. Gegen den linken Unterkiefer zu, am Rande des angegebenen grossen Substanzverlustes der linken Wange, die Hautdecke überaus höckerig, in eine Tiefe von





einem Centimeter und sogar darüber sammt dem Unterhautzellgewebe in eine speckig sulzige Masse umgewandelt.

Ueber dem linken Kopfnicker, u. zw. in Kinnhöhe, eine über haselnussgrosse Protuberanz, über welcher die Haut fixirt, von kleinen Borken bedeckt, leicht infiltrirt, am inneren Rande der Geschwulst von einer hanfkorngrossen, Eiter entleerenden Lücke durchsetzt erscheint. Durch die letztere gelangt man in eine mit Eiter erfüllte Höhle, die innerhalb eines haselnussgrossen, im subcutanen Gewebe gelegenen Knotens ihr Ende findet, welcher Knoten aus einer gleichen speckig sulzigen, weissen Aftermasse besteht.

Sonst der Körper klein, hochgradig abgezehrt, die allgemeine Decke blass mit einem ganz leicht schmutzig gelblichen Stich, sehr dünn, theils glatt und glänzend wie über der Brust und der Schultergegend, theils mit einer rissigen, in feinen Schichten schilfernden Epidermis bedeckt. Die Unter-Extremitäten an den Füssen und um die Malleolen ödematös, desgleichen das subcutane Gewebe der Hinterbacken.

Der Thorax lang, Brustdrüsen klein, der Unterleib eingezogen und gespannt. Ueber der linken Hinterbacke ein ganz oberflächlicher Decubitus.

Der Schädelknochen über dem rechten Scheitelbeinhöcker blosgelegt, oberflächlich von Gypstheer rostbraun verfärbt. Das Schädeldach oval, von 4—5 Millimeter Dicke, sehr compact, mit der beträchtlich verdickten harten Hirnhaut fest verwachsen. Diese an ihrer Innenfläche über der Convexität der linken Hemisphäre wie mit dem zartesten Anflug vascularisirter Pseudomembranen überkleidet. Ueber der rechten Grosshirnhemisphäre ausserdem, entsprechend der Gegend des Scheitelbeinhöckers die Dura von drei linsengrossen flachrunden und zahlreichen kleineren Knoten einer speckig aussehenden derben Aftermasse besetzt. Um diese ist die Dura sowie der darüber befindliche Knochen reich vascularisirt. Das Gehirn und seine Häute sehr blutarm, stark serös durchfeuchtet, die Hirnhäute allenthalben leicht getrübt, die Hirnsubstanz ziemlich zähe. Die Dura an der Basis zart und glatt, die Ventrikel etwas erweitert.

Die Musculatur allenthalben sehr blass und trocken. Das Unterhautzellgewebe sehr trocken.

Die Lymphdrüsen in der Gegend des Unterkieferwinkels bohnen- und darüber gross, speckig infiltrirt, blutarm, die Drüsen entlang



der Halsgefässe und tiefer herab ebenfalls infiltrirt, gleichfalls etwas speckig, aber leicht geröthet.

Die Schleimhaut des Mundes und der Rachenhöhle sehr blass, ebenso jene des Larynx und der Luftröhre.

Im linken Brustraum beinahe ein Liter klarer, seröser, völlig farbloser Flüssigkeit. Die rechte Lunge im ganzen Umfang angewachsen. Beide Lungen sehr blutarm, die rechte etwas ödematös. Die linke ziemlich trocken, hinten comprimirt. Das Blut der Lungengefässe sehr dünnflüssig, hellroth.

Das Herz ausserordentlich klein, von der Grösse desjenigen eines zehnjährigen Kindes, völlig fettlos. Die Herzwandungen sehr abgemagert, fahlbraun.

Die Leber klein, dick, plumprandig, etwas ikterisch, leicht fettig infiltrirt. Die Milz klein, dick, blassroth.

Im Magen eine serös-schleimige, braun gestriemte Flüssigkeit, die Schleimhaut mit zahlreichen seichten Erosionen besäet.

Die Nieren klein, dicht, fein granulirt, ihre Ränder ins Gelbliche erbleicht.

Der Uterus klein und derb, blutarm. Die Ovarien ziemlich gross, dicht, plump, sehr wenig gekerbt, in eine bis drei Millimeter dicke Albuginea gehüllt.

Unser Fall reiht sich bezüglich des klinischen Verlaufes in jeder Hinsicht den Typen der als Mycosis fungoides Aliberti bekannten Dermatose an, wie solche namentlich in letzterer Zeit von Vidal und Brocq[1]), Rindfleisch[2]), Hammer[3]) und Tilden[4]) ausführlich beschrieben worden sind. Aus den Zusammenstellungen dieser Autoren und dem Beobachtungsergebnisse unseres Falles, der besonders lebhaft an den Fall VI der Vidal-Brocq'schen Publication erinnert, lässt sich zwanglos folgendes klinische Krankheitsbild der typisch ausgebildeten Mycosis fungoides constatiren.

Es treten zuerst erythem-urticaria- oder eczemartige, theils disseminirte, theils confluirende, heftig juckende, späterhin schup-

[1]) Etude sur le Mycosis fongoide. La France médic. 1885.

[2]) Deutsche med. Wochenschr. Nr. 15, 1885.

[3]) Mitth. d. med. Klinik zu Würzburg. I, 1885.

[4]) Boston med. and surg. journal. October 1885.



pende Efflorescenzen und Efflorescenzengruppen an der allgemeinen Decke ohne bestimmte Localisation und ohne wesentliche Betheiligung der tieferen Hautschichten auf. Bazin[1]), Vidal und Brocq nennen das das erste Stadium (St. eczematiforme), welches mehrere Monate, ja sogar Jahre dauern kann, ohne dass dabei Veränderungen der tieferen Hautschichten zu Stande kommen, wie dies sich auch aus unserem Falle evident ergibt. Im weiteren Verlaufe nehmen auch partienweise die tieferen Schichten der Cutis an der Erkrankung Theil in der Weise, dass es zu diffusen, derben Infiltrationen kommt, welche sich theils als sklerodermieähnliche Infiltrate, theils als grosse, flach papulöse Excrescenzen präsentiren. Dies das zweite Stadium der Erkrankung: das Stadium lichenoides von Bazin und Vidal-Brocq. In dieser Periode der Erkrankung, deren Dauer innerhalb grosser Grenzen schwankt, daher nicht genau präcisirt werden kann, überdies auch noch nicht in allen Fällen völlig ausgebildet erscheint, ist der häufige Wechsel zwischen vollkommenem Schwinden und Wiederauftreten der Infiltrate besonders auffallend. Schliesslich entstehen theils auf vorher infiltrirter oder nur leicht gerötheter und schuppender Haut, theils auf anscheinend völlig gesundem Boden, meistentheils rapid aufschiessende, dann excessiv wuchernde, lebhaft roth gefärbte, succulente, weich elastisch sich anfühlende, von einer verdünnten und glänzenden Epidermisdecke überzogene, bis apfelgrosse Tumoren in verschiedener Menge und an den verschiedensten Stellen des Körpers, welche auch dann noch in seltenen Fällen spontan zur Resorption gelangen können, viel häufiger aber sehr rasch ulcerös zerfallen oder nekrotisch exfoliirt werden. Dabei entwickelt sich — bei fortdauernder Neubildung und Zerstörung von derartigen schwammartig wuchernden Gewächsen, ohne sonstige besondere Organveränderungen — hochgradiger Marasmus, welchem die Patienten nach oft jahrelanger Leidensdauer erliegen. Drittes Stadium der französischen Autoren: St. mycofungoides. Terminal treten öfters heftige Diarrhöen, Erbrechen, Fieberbewegungen (besonders auffallend in dem von Hammer beschriebenen Falle) auf. Das letale Ende erfolgt öfters durch Complication mit entzündlichen Affectionen des Respirationstractes. Als erwähnens-

[1]) Dictionnaire encyclopédique. Série 2, XI. 1876.



werthe Besonderheiten unseres Falles führen wir ausserdem noch an: 1. Das lange, eigentlich usque ad mortem zu constatirende Persistiren der schuppenden Plaques am Stamme. 2. Die blos in unserem Falle beobachtete, zur völligen Schmelzung beider Bulbi führende Panophthalmitis purulenta acutissima. 3. Die ebenfalls ganz einzig dastehende wahrscheinlich auf dem Wege der Gefäss-communicationen mit der Kopfschwarte zu Stande gekommene Knotenbildung an der Convexität der harten Stirnhaut.

Etwas abweichend von dem hier geschilderten Typus scheinen sich jene Fälle zu verhalten, welche Vidal und Brocq als Mycosis fungoides d'emblée bezeichnen, indem hier lediglich das Stadium der Tumorenbildung ohne die Vorstadien der eczematiformen und lichenoiden Hautaffection zur Entwickelung gelangen soll. Da jedoch die Autoren selbst zwischen dieser und der typischen Form keinen principiellen Unterschied statuirt wissen wollen, weil einmal zur Ausbildung gelangt, die Knotenbildung dieser atypischen Form genau so verläuft, wie die des typischen Granuloma fungoides, so wäre vielleicht bei der Deutung derartiger Fälle die Eventualität ins Auge zu fassen, ob nicht die beiden ersten Stadien nur sehr schwach, ja vielleicht so latent verlaufen können, dass sie der klinischen Beobachtung eventuell entgehen.

Bei der besonders in den letzten Jahren so rasch angewachsenen Literatur über unseren Gegenstand, verweisen wir, um Wiederholungen zu vermeiden, bezüglich aller klinischen Details auf die ausführlichen Arbeiten und Literaturzusammenstellungen von Köbner, Tanturri, Geber[1]), Hardaway[2]), Duhring[3]), Amicis[4]), Fabre[5]), Vidal und Brocq, Hammer, Tilden und Halopeau[6]). Aus den Aeusserungen dieser Autoren geht, so sehr dieselben auch bezüglich der histologischen Classificirung der fraglichen Affection differiren mögen, doch das Eine zweifellos hervor, dass die seit Alibert mit dem Namen „Mycosis fungoides"

[1]) Ueber einen Fall von Mycos. fung. Pest. med.-chir. Pr. 1883.
[2]) Arch. of Dermat. 1880.
[3]) A case of inflammat. fungoid neoplasm. A. of Derm. 1879—80.
[4]) Ann. de Derm. et Syph. 1882.
[5]) Gaz. méd. d. Paris 1884.
[6]) Revue des scienc. méd. Paris 1885.

belegte Dermatose als ein klinisch abgeschlossener, von allen ähnlichen Affectionen abgrenzbarer pathologischer Process aufzufassen sei. Allerdings erfolgte die Einreihung der benannten Affection in das pathologische System von den verschiedenen Autoren unter verschiedenartigen Bezeichnungen, je nachdem bald dem rein entzündlichen, bald dem geschwulstartigen Charakter des Hautleidens Rechnung getragen wurde. Auspitz[1]) war der erste, welcher die fragliche Erkrankung unter dem Namen Granuloma fungoides zu den Chorioblastosen im Anschlusse an Tuberculose, Lepra, Lupus, Syphilis und Rhinosklerom in das dermatologische System einreihte. Ihm folgte dann Neisser[2]), indem derselbe, von der parasitären Natur der Mycosis fungoides Aliberti durchdrungen, dieselbe in die Gruppe der chronischen Infectionskrankheiten brachte. Rindfleisch, gestützt auf seinen später zu schildernden Streptococcenbefund schliesst sich rückhaltslos dieser Anschauung an, welche nunmehr auch von allen neueren Autoren, wie Vidal und Brocq, Hallopeau, Hammer und Tilden getheilt wird.

Selbstverständlich wandten wir bei den so widersprechenden Ansichten, welche über die histologische Classificirung dieser seltenen Krankheit verbreitet sind, unsere volle Aufmerksamkeit dem mikroskopischen Studium des Hautgewebes zu, wobei wir sowohl intra vitam excidirte Knoten, als auch aus der Leiche gewonnenes Material der Untersuchung unterzogen. Unser histologischer Befund ist im Allgemeinen identisch mit den von den meisten früheren Autoren beschriebenen mikroskopischen Untersuchungsresultaten.

Der frisch aufgeschossene Knoten besteht aus einem reinen Granulationsgewebe, d. i. aus einer massenhaften Infiltration junger, rundzellenartiger Gebilde in das Hautgebilde auf Kosten der fibrillären Grundsubstanz der Cutis, deren bindegewebiges Faserwerk durch die Zellenwucherung weit auseinandergedrängt, doch zum grossen Theile noch erhalten erscheint. Dabei ist der Papillarkörper im ausgebildeten Knoten in der Rundzelleninfiltration völlig aufgegangen, die Zeichnung der Papillen geschwunden und das erkrankte Lederhautgewebe blos von einem schmalen Saume

[1]) System der Hautkrankh. Wien 1881.
[2]) Ziemssen's Handb. d. Hautkrankh. I. 1884.



plattgedrückter Epithelzellen belegt. Zwischen die Rundzellenwucherung ist ein feinstes bindegewebiges Reticulum eingeschaltet, dessen Ausgang von dem fibrillären Bindegewebe des Corium an den Uebergangspartien zwischen relativ gesunder und infiltrirter Haut noch deutlich erkennbar ist. Die zelligen Elemente des pathologischen Gewebes sind fast ausschliesslich Rundzellen, in dichter Aneinanderhäufung vollkommen gleichmässig im Gesichtsfelde nebeneinandergereiht, ohne merkliche Grössenunterschiede, gegen die Oberfläche hin vielleicht etwas grösser und von epitheloidem Charakter, in den untersten Coriumpartien nicht selten spindelförmig ausgezogen. Riesenzellenartige Gebilde fehlen, soweit wir untersuchen konnten, vollständig. Zwischen diesem Granulationsgewebe und in dieses hinein sieht man an älteren Knoten derbe, dicke Bindegewebsmassen, welche nicht selten noch reticulirte Zellenhaufen in sich schliessen, eingeschoben.

Der Uebergang von dem Knotengewebe in das umgebende Hautgefüge ist kein plötzlicher, wie etwa bei einer geschwulstartigen Neubildung, sondern ein ganz allmäliger, indem gegen die Peripherie der Knoten hin die Zone der Rundzelleninfiltration sich zusehends verschmächtigt, während die Papillenzeichnung allmälig deutlicher hervortritt und die Reteschichte an Mächtigkeit gewinnt, bis man zum Anblicke eines nahezu normalen Cutisgewebes gelangt. Von Wichtigkeit scheint es noch zu sein, dass die Granulationszellenwucherung nach unten zu das subcutane Gewebe nie überschreitet und an der oberflächlichen Fascie Halt macht, es sei denn, dass es zu Nekrose und secundärer Exulceration gekommen ist.

Das Gewebe des fertigen Knotens ist nicht sehr reich an Blutgefässen. Wie es scheint, gehen die Hautcapillaren, zumal die des Stratum papillare, sehr rasch in der stürmisch auftretenden Zelleninfiltration unter und nur die grösseren Gefässe des Stratum vasculosum subpapillare bleiben erhalten, allerdings ringsherum von dem wuchernden Granulationsgewebe umgeben. Doch auch hier ist häufig genug, besonders an Gefässquerschnitten, das Aufgehen der Gefässwände in der Zellproliferation deutlich zu erkennen. Insbesondere ist von der Structur der Adventitia und Media selbst bei den relativ grösseren Gefässen nichts mehr wahrzunehmen, nur die Intima mit dem gewucherten Endothel scheint

sich, soweit das Mikroskop darüber Aufschluss zu ergeben in der Lage ist, relativ länger intact zu erhalten.

Auch von den drusigen und musculösen Nebenorganen der Haut ist im entwickelten Granulomknoten nichts mehr zu entdecken, auch diese sind auf Kosten der massigen Zellenwucherung total zu Grunde gegangen.

Nach alledem erscheint es mehr als fraglich, ob das einmal in diesem Krankheitsstadium befindliche Hautorgan noch einer Restitutio ad integrum fähig ist, vielmehr ist mit grosser Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass, auf dieser Höhe des Infiltrationsprocesses angelangt, das Gewebe dem nekrotischen Untergange anheimfällt. Die von fast allen Autoren und auch von uns beobachtete rasche und spontane Rückbildung frischer Granulome kann sich daher wohl nur auf schwach ausgebildete pathologische Entwicklungsformen der entzündlichen Hautinfiltration beziehen.

Bei der Durchsicht der in der Literatur über unseren Gegenstand niedergelegten Befunde über die histologische Structur des Granulomgewebes und bei dem Vergleich dieser mit unseren Untersuchungsresultaten, ergibt es sich zweifellos, dass bezüglich der anatomischen Structur in den einzelnen Fällen nicht die mindeste Differenz obwaltet. Rundzelleninfiltration des Corium mit fein reticulirtem Maschenwerke und stellenweiser Umlagerung von Spindelzellen sind die wesentlichen Bestandtheile des mikroskopischen Bildes.

Bei dieser Klarheit und Einfachheit der Gewebszusammensetzung, welche allerwärts in der gleichen Weise geschildert wird, muss es wahrhaft Wunder nehmen, wie in der Deutung der durch das Mikroskop gewonnenen Bilder eine so vielfache Divergenz der Auffassung zu Tage treten konnte. Insbesondere sind hier drei grundverschiedene Ansichten über die pathologische Wesenheit des Processes zu verzeichnen, indem die Lymphadénie cutanée der Franzosen (Ranvier, Gillot, Besnier, Demange, Bazin, Vidal) einerseits und die Sarcomatosis generalis Köbner's[1]) und Kaposi's[2]) andererseits der von Gebor[3]) und Duhring[4]) ver-

[1]) Klin. und experim. Mitth. a. d. Dermat. und Syphil. Erlangen 1864.

[2]) Lehrb. d. Hautkrankh. 2. Aufl.

[3]) D. Arch. f. klin. Med. 1878.

[4]) Arch. of Dermat. 1879 u. 1880.

tretenen Anschauung von der rein entzündlichen Natur der Mycosisgeschwülste einander schroff gegenüberstehen.

Spricht schon der ganze klinische Verlauf der Dermatose, das rasche, ja manchmal plötzliche Hervorbrechen der Knocheneruptionen, das häufige, oft ebenso rasche spontane Schwinden der Knocheninfiltrate, ferner das Fehlen einer auffallenden Vermehrung der weissen Blutkörperchen im Blute, gar nicht zu Gunsten der Sarcom- oder Lymphomtheorie, so ergibt die mikroskopische Untersuchung des Hautgewebes, zusammengehalten mit der klinischen Beobachtung mit Nothwendigkeit, dass die fragliche Erkrankung nicht in den Rahmen der Bindegewebsneubildungen der Haut, vielmehr unbedingt in den der entzündlichen Processe der tieferen Hautgebilde (Chorioblastosen — Auspitz) einzureihen ist. Wie es scheint wird auch dieser Standpunkt von allen neueren Autoren eingenommen und an der strengen Sonderung des Granuloma fungoides von den Neubildungsprocessen der Haut festgehalten.

Wenn diese Auffassung von der rein entzündlichen Natur des Granuloma fungoides noch einer Stütze bedurft hätte, so hätte diese wohl in keiner gewichtigeren Thatsache gefunden werden können, als in dem von uns unter Auspitz's Leitung und fast gleichzeitig von Rindfleisch erbrachten Nachweise von der Anwesenheit eigenthümlicher Mikroorganismen in dem erkrankten Gewebe.

Wir haben in unserer ersten Publication über das Vorkommen von Mikrococcen in ketten- und häufchenförmiger Anordnung in dem Knotengewebe berichtet, wobei wir besonderen Werth auf die Anhäufung derselben in Reinculturen gleichenden dichten Herden und auf eine eigenthümliche feine Coccenbestäubung der Bindegewebsfasern legten. Wir beschrieben diese Mikroorganismen als 0·9 bis 1·2 Mm. im Durchmesser haltende kreisrunde Coccen von diplo- oder streptococcenförmiger Anordnung. Rindfleisch berichtete fast gleichzeitig mit uns, dass in einem typischen Falle von Mycosis fungoides (Granuloma fungoides Auspitz) mit schwammig-knolligen Auswüchsen der allgemeinen Decke die mikroskopische Untersuchung der erkrankten Hautstellen den Nachweis einer unzweifelhaften Dermatomycose ergeben habe, indem in zahlreichen Capillarge-

fässen des Papillarkörpers der Cutis und des subcutanen Gewebes sich Verstopfungsmassen fanden, die — wie die Gram'sche Färbungsmethode deutlich zeigt — sich als „Colonien von zierlichen Streptococcus erweisen". In den einzelnen Tumoren der Haut selbst, welche lediglich aus jungem Granulationsgewebe bestanden, waren die Gefässe gleichfalls bis zur vollständigen Obturation mit Mikrococcenmassen gefüllt; ebenso fanden sich in der Lunge und der Leber Mikrococcenembolien gleicher Art, die sich in disseminirten gelblich-weissen Herden von Mohnsamen- und Hirsekorngrösse in grosser Zahl etablirt und in ihrer Umgebung zu entzündlicher Verdichtung des Gewebes geführt hatten. Dieser Befund erscheint uns um so wichtiger, als damit die bisher allgemein verbreitete Ansicht, dass bei Mycosis fungoides eigentliche Metastasenbildung nicht zu constatiren sei, beträchtlich erschüttert werden dürfte.

Hammer, welcher denselben Fall der mikroskopischen Untersuchung unterzogen, kommt zu demselben Resultate, nur verzeichnet er noch eine ganz enorme Streptococcenwucherung in den Lymphräumen der erkrankten Hautpartie und in den Gefässen der nahegelegenen vergrösserten Lymphdrüsen. Wir wollen gleich hier bemerken, dass wir nicht in der Lage sind, diesen letzteren Befund an dem von uns mikroskopisch untersuchten Lymphdrüsengewebe unseres Falles zu constatiren.

Eine volle Bestätigung erfahren unsere, sowie die Rindfleisch-Hammer'schen Mikroorganismenbefunde weiters in einer Publication neuesten Datums von Pérrin [1]), welcher mittheilt, dass M. E. Vidal in zwei typischen Fällen von Mycosis fungoides mittelst des Gram'schen Färbungsverfahrens identische Mikroorganismenpräparate wie wir und Rindfleisch gewonnen hat.

Vielleicht ist es von Wichtigkeit, hier zu erwähnen, dass Izquierdo [2]) in einem Falle der in Peru endemisch vorkommenden, ansteckenden, geschwulstartigen Hauterkrankung, der sogenannten Verruga Peruana im Tumorengewebe Mikroorganismen fand, welche seiner Beschreibung nach in die Classe der Streptococcen gehören. Diese erfüllen die Gefässe oft bis zur vollständigen Obturation, finden sich aber auch im Gewebe frei zwischen

[1]) L. Pérrin. De la sarcomatose cutanée. Paris 1886.

[2]) Spaltpilze bei der Verruga Peruana. Vierteljahrschr. 1885. B. 99.



den Geschwulstzellen. Baumgarten[1]) macht bei der Besprechung dieser Arbeit wohl mit Recht darauf aufmerksam, dass es sich bei der „Verruga Peruana“ um einen mit der Mycosis fungoides nahe verwandten oder vielleicht identischen Krankheitsprocess handelt.

Auf unsere eigenen bis in die jüngste Zeit fortgesetzten Untersuchungen übergehend, müssen wir vor Allem constatiren, dass wir die Angaben von Rindfleisch und Hammer bezüglich der Anwesenheit von Streptococcen in den Gefässen vollinhaltlich bestätigen können. Auch wir finden in den Blutgefässen recenter, noch intra vitam excidirter, völlig intacter Granulomknoten in den noch erhaltenen Blutgefässen Anhäufungen von Streptococcen in verschiedener Intensität bis zur vollständigen Obturation. An älteren, bereits in Erweichung begriffenen, wenn auch nicht exulcerirten Knoten ändert sich das Bild in der Weise, dass, da die Gefässe hier bereits zum grossen Theile zu Grunde gegangen sind, eine diffuse Coccen-Durchsetzung des Gewebes Platz greift.[2]) Hingegen gelang es uns nicht, an den der Leiche entnommenen, durch mehrere Monate in absolutem Alkohol aufbewahrten Gewebspartien, die Coccen als solche nachzuweisen. Wohl aber fanden wir, dass sowohl in diesen, wie auch in den der Lebenden entnommenen, aber sehr lange (mehrere Monate) der Alkoholhärtung unterzogenen Granulomknoten bei Anwendung der Gram'schen Färbungsmethode an den Schnitten derselben, genau den Gefässen entsprechend, blaue, isolirt gefärbte Herde sichtbar wurden, deren innere Structur jedoch selbst mit den schärfsten Linsensystemen nicht mehr zu differenziren war, an deren Randpartien jedoch noch hie und da deutliche kugelige Gebilde nachweisbar sind, welche wir mit grösster Wahrscheinlichkeit als Coccen ansprechen können, umsomehr, als diese Herde

---

[1]) Jahresschr. üb. d. Fortschr. in d. Lehre v. d. pathogenen Mikroorganismen. 1886. S. 39.

[2]) Diesem Vorgange entsprächen ungefähr unsere ersten Schnittpräparate vom Jahre 1884, obwohl es auch hier nicht ausgemacht ist, ob nicht etwa die von Hochsinger geschilderten herdförmigen Coccencolonien, an denen wegen ihrer mächtigen Entwickelung keine Gewebsstructur zu erkennen war, embolisirten Gefässlücken angehören.

ausnahmslos die nach der Jod-Alkoholentfärbung einzig tingirt bleibenden Gebilde darstellen.

Schliesslich erwähnen wir noch, dass die Färbung der Epidermidalgebilde der Haut nach der Gram'schen Methode stets zu den schon in unserer ersten Publication beschriebenen Resultaten geführt hat.

Damit scheint auch der Widerspruch zwischen unserer ursprünglichen und der Rindfleisch-Hammer'schen Darstellung des bacteriellen Theiles unseres Gegenstandes gelöst zu sein. Während nämlich Rindfleisch in der Lage war, Tumoren und das ganze Hautgefüge sammt seinen Gefässlagern zu untersuchen, mussten wir uns anfänglich damit begnügen, von der lebenden Patientin kleine, nur oberflächlich gelegene Tumorenpartikel zu entnehmen. Da in diesen Gewebstheilen fast gar keine Gefässe vorhanden waren, konnten wir auch keine Coccenembolien darin sehen. Späterhin jedoch als die Patientin im Krankenhause der klinischen Beobachtung unterworfen war, konnten wir, gewisse persönliche Rücksichten hintansetzend, auch ganze Knoten exstirpiren und der mikroskopischen Untersuchung unterziehen, wobei wir, wie nun ersichtlich, zu analogen Resultaten gelangt sind.

Es hat sich nun gezeigt, dass in der für die Seltenheit dieser Affection relativ so kurzen Zeit (von einem Jahre), in vier getrennten Fällen verschiedener Autoren ein und derselbe Mikroorganismenbefund gemacht worden ist. Gelänge es nun, die pathogene Natur dieser Mikrococcen für das Granuloma fungoides mit Sicherheit nachzuweisen, dann würde wohl Niemand mehr Anstand nehmen können, diese bisher in ihrer pathologischen Bedeutung so strittige Affection, den specifischen Entzündungen Rindfleisch', resp. den infectiösen Granulationsgeschwülsten Ziegler's neben Tuberculose, Syphilis, Lepra und Rhinosklerom einzureihen.

## Culturversuche.

Wir haben die in unserer ersten Arbeit beschriebenen Culturversuche während des Spitalsaufenthaltes der Kranken des öfteren wiederholt und dabei stets dasselbe eindeutige Resultat gewonnen. Machten wir unter den üblichen vorgeschriebenen Cau-

telen mit dem ausgeglühten Platindrahte aus dem Safte frisch excidirten Knotengewebes Impfstriche auf sterilisirte schräg erstarrte Fleischpeptongelatine, so ging der Strich bei Zimmertemperatur nach zwei bis fünf Tagen in Form eines grau-weisslichen, und späterhin träubchenartig sich ausbreitenden Ueberzuges auf. Nach achttägigem weiterem Wachsthum nimmt der centrale Theil der Cultur allmälig einen gelblichen Farbenstich an, bis dieselbe in ihren älteren Antheilen eine safrangelbe Tinction angenommen hat, während das periphere Wachsthum der Cultur in Form eines grau-weissen Schleiers fortschreitet. Am Anfange der dritten Woche beginnt der unterste Theil der Cultur, nachdem dieselbe völlig gelb geworden und eine trockene, schuppenartig spröde Beschaffenheit angenommen hat, unter allmäliger Verflüssigung der Gelatine langsam zu Boden zu sinken, während das oberste Drittel der aufgegangenen Cultur, dort, wo am wenigsten Nährmateriale zu Gebote steht, ohne zu verflüssigen, eine zäh-klebrige, von erhabenen Bälkchen durchbrochene gelbliche Masse bildet. Nach etwas mehr als vier Wochen erlischt das weitere Wachsthum. Wurde mit diesem Materiale geimpfte verflüssigte Gelatine auf Platten ausgegossen, so konnten wir jedesmal uns von der Unicität der darin aufgegangenen Keime überzeugen. Auch wenn wir dritte Generationen von den Platten auf schräg erstarrte Gelatine keimen liessen, erhielten wir stets dasselbe Wachsthumsresultat. Desgleichen konnten wir immer unsere bezüglich der aus den Schuppen zu gewinnenden Culturen gemachten Angaben bestätigt finden. Die mikroskopische Untersuchung der Culturen ergab immer als Resultat den schon wiederholt nach Form und Anordnung beschriebenen Mikrococcus.

Die letzte, direct von der Kranken aus einem frischen Knoten entnommene Aussaat zu einer Gelatinestrichcultur, datirt vom 6. October 1885. Von dieser wurde eine grössere Anzahl von Tochterculturen angelegt, welche alle, gleich wie die Muttercultur und alle früheren Culturen in jeder Hinsicht vollkommen in der gleichen Weise aufgingen. Die Muttercultur vom 6. October 1885 und eine aus dieser direct entstammende Tochtercultur vom 13. November 1885 bildeten den Ausgangspunkt unserer in diesem Frühjahre wieder aufgenommenen bacteriologischen Untersuchungen. Diese beiden Culturen hatten sich in der Weise ver-



ändert, dass das untere Drittheil derselben in der total verflüssigten und dunkelbraun gewordenen Gelatine untergegangen war, während der obere Theil in Form eines trockenen gelblichen Ueberzuges mit besonders hervortretender Bälkchenbildung erhalten war. Mikroskopisch mit homogener Oelimmersion (Reichert $^{1}/_{20}''$) untersucht, bestehen beide Culturen noch immer aus Coccen von verschiedener Grösse, theils vereinzelt, theils in Häufchen, theils in Ketten angeordnet. Doch fiel uns sofort die geringere Grösse und verminderte Tinctionsfähigkeit derselben im Vergleiche mit den jungen Culturen auf; es schien, als wären die Coccen durch die lange Conservirung auf der Gelatine geschrumpft.

Wir machten nun auf verschiedenen Nährböden und in verschiedener Weise Uebertragungen von diesen beiden Culturen, wobei sich uns das überraschende Resultat ergab, dass in den nun aufgegangenen secundären Züchtungen ausschliesslich ein in verschiedenen Entwickelungsstadien zu beobachtender Bacillus gewachsen war. Wir betonen hier gleich ausdrücklich, dass absolut nicht die geringste Spur eines fremden Keimes auf den angegebenen Gelatinen wahrzunehmen war, und insbesondere noch, dass das oben erwähnte Culturglas vom 13. November 1885 bis zum Tage der ersten Ueberimpfung von der darin enthaltenen Cultur am 10. Juni 1886 auch nicht ein einziges Mal durch Lüftung des sterilisirten Wattepfropfens geöffnet worden war. Die Wachsthumsverhältnisse des nunmehr wachsenden stäbchenförmigen Spaltpilzes sind so eigenthümlich charakteristische, mit denen keiner anderen Mikrobenart auch nur annähernd vergleichbare, dass dieselben, wie wir glauben, einer detaillirten Schilderung werth erscheinen.

Von dem angegebenen Impfmateriale wurden Strich-, Stich-, und Plattenculturen auf Fleischpepton- und Agargelatine, sowie Strichculturen auf Blutserum in vielfachen Generationen angelegt.

## I. Gelatineculturen.

a) Im Striche. Nach 48 Stunden bei Zimmertemperatur hat sich längs des Imfstriches ein weisslicher, durchsichtiger, glasiger, Ueberzug gebildet. Nach weiteren 24 Stunden hat der Impfstrich sich verbreitert, eine wellenförmige Begrenzung angenommen



und eine chagrinlederartige oberflächliche Zeichnung gewonnen. Am nächsten Tage ist die Cultur noch mächtiger entwickelt, die Zeichnung deutlicher geworden, der Ueberzug noch vollkommen durchsichtig und farblos. Am darauffolgenden Tage, also am sechsten seit der Impfung, ist die Gelatinestrichcultur in ihren centralen Antheilen spröde, trocken, bienenwachsähnlich und glanzlos geworden, zeigt grobe, über das Niveau erhabene Maschenbildung, und hat einen deutlich gelben Stich gewonnen. Die peripher weiter wachsenden Partien sind, wie die frisch geimpften Gelatinen, farblos, glänzend, durchsichtig. Nach achttägigem Wachsthum auf Gelatine sind folgende Charaktere zu constatiren: Den Grund der Culturen bildet ein glänzend farbloser, durchsichtiger, gesponnener zuckerähnlicher Ueberzug, welcher peripher in Bogenlinien weiterwächst, darauf erhebt sich ein bienenwachsartiges, dunkelgelbes, trockenes, zierlich verschlungenes Balken- und Maschenwerk, dessen Leisten über dem Niveau der übrigen Cultur erhaben sind. Die gelbliche Verfärbung ist an den ältesten Partien am stärksten ausgesprochen und verliert sich ganz allmälig, gegen die Peripherie hin abnehmend, bis in die jüngsten Partien hin, die kaum anders, wie ein leichter, wolkiger Ueberzug des Nährbodens sich präsentiren. Nun ist der Höhepunkt des Wachsthums erreicht; nach zwei Wochen beginnt die Cultur unter zunehmender Verflüssigung der Gelatine langsam zu Boden zu sinken.

b) Im Impfstiche entsteht auf dem Niveau der Gelatine um den Einstich herum in kreisförmiger Ausbildung genau dasselbe Oberflächenwachsthum wie im Strich, während der Stichcanal nur eine wolkige Trübung annimmt.

c) Die Plattencultur zeigt nach 48 Stunden eine Durchsetzung von mohnsamen- bis grieskorngrossen, anfangs weisslichen, glänzenden, später gelblich werdenden Herden. In der dritten Woche ist die Gelatine zu einer gelblichen zähflüssigen Masse erweicht.

## II. Agarculturen.

1. Strichcultur bei Bluttemperatur (37° C.). Hier erfolgt das Wachsthum in stürmischer Weise, indem schon nach wenigen Stunden ein schleimiger, weisser Ueberzug den Impf-





strich bedeckt, der schon nach 24 Stunden gelb wird, ohne eine weitere Structur erkennen zu lassen und damit den Höhepunkt seines Wachsthums erreicht hat. Nach drei Tagen im Brutofen ist die Cultur von der Oberfläche verschwunden und hat einer weisslich-gelben Trübung des Agar Platz gemacht.

2. Strichcultur bei Zimmertemperatur. Auch hier kommt es zur Entwicklung des auf den Gelatineculturen zu beobachtenden Balkenwerkes, mit dem Unterschiede jedoch, dass schon nach vier Tagen dasselbe völlig entwickelt und gelblich gefärbt ist, ohne aber dabei den charakteristischen gallertigen, feuchten Glanz zu verlieren.

Selbst nach mehreren Wochen ist weder ein Eingehen der Culturen noch eine Verflüssigung des Nährbodens zu constatiren.

3. Agarstichcultur. Für diese gelten mutatis mutandis die für die Gelatinestichcultur angegebenen Charaktere.

4. Agarplattencultur.

a) Bei 37° C. im Wärmeschrank stürmisches Wachsthum. Nach 24 Stunden die ganze Platte von mächtigen confluirenden weissen Wolken durchsetzt, welche nach ungefähr vier Tagen intensiv gelb werden;

b) bei Zimmertemperatur dieselben Charaktere, wie bei den Gelatineplatten.

### III. Blutserumcultur bei 37° C.

Nach 24 Stunden eine gelbe, gallertige, schleimige Säule ohne jede Structur.

Aus den geschilderten Culturverhältnissen geht hervor, dass das charakteristische Wachsthum dieses Mikroorganismus auf Fleischpeptongelatine bei Zimmertemperatur erfolgt, dass das Oberflächenwachsthum ein ganz exquisites ist, während nur ein sehr geringes Wachsthum nach der Tiefe hin zu constatiren ist, dass eine Verflüssigung der Gelatine nicht vor der dritten Woche und auch da nicht in vollständiger Weise zu Stande kommt, dass hohe Temperaturen dem Auftreten des eigenthümlichen Balkenwerkes in der Cultur hinderlich sind und sehr bald das Eingehen derselben bewirken. Ueberdies muss noch betont werden, dass die Aehnlichkeit zwischen den jetzt dargestellten Culturen und den



ursprünglich direct aus den Knoten gewonnenen in die Augen springend ist, nur ist das eigenthümliche netzförmige Balkenwerk, welches in unseren ersten Coccenculturen nur angedeutet war, jetzt in kräftigster Weise zur Ausbildung gelangt und das ganze Wachsthum ein ungleich rascheres.

Mikroskopisch erwiesen sich sämmtliche Tochterculturen und weitere Generationen der schon erwähnten Culturen vom 6. October und vom 13. November des Jahres 1885, in denen ausschliesslich Coccen zur Entwicklung gelangt waren, als Reinculturen eines stäbchenförmigen Spaltpilzes. Derselbe charakterisirt sich als ein Bacillus von constanter Breite von 0·6 $\mu$, welcher durch Anilingentiana und Methylenblau vorzüglich färbbar ist, dessen Längendimension theils abhängig ist von der Temperatur in der er gewachsen ist, theils von der Dauer der Züchtung. Während nämlich nach 24 stündigem Wachsthum auf Gelatine bei Zimmertemperatur ausschliesslich Kurzstäbchen und ovalen Coccen ähnliche Gebilde zur Ansicht gelangten, sind auf Agar bei Bluttemperatur schon nach 6 Stunden ausgebildete, 3—4 $\mu$ lange, ungegliederte Stäbe zu beobachten, welche nach 24stündiger Weiterzüchtung häufig zu milzbrandfadenähnlichen Gebilden herangewachsen sind. Nach mehrtägigem Wachsthum auf der Gelatine untersucht, sind auch hier die Kurzstäbchen zu völlig ausgebildeten Bacillen entwickelt, an denen zuweilen mehrfache Einschnürungen wahrnehmbar sind, welche nach ungefähr zweiwöchentlicher Weiterzüchtung zur Ansicht streptococcenähnlich gegliederter Stäbchenketten führen.

Diese Culturen dienten uns als Impfmateriale zur Uebertragung auf Kaninchen.

Es wurde nach vorhergegangener Enthaarung einer zweithalergrossen Hautstelle am Rücken mittelst Schwefelkalkhydratpaste und nach sorgfältiger Desinfection derselben, die Haut mit einer ausgeglühten Lanzette in kreuzergrossem Umfange fein scarificirt. Auf diese Stelle wurde nun sofort eine Reincultur (erste Generation nach der Cultur vom 13. November 1885) verrieben. Schon am nächsten Tage zeigte sich, entsprechend der Scarificationsstelle, ein kreuzergrosses, trockenes, derbes, wie pergamentartiges rothbraun verfärbtes Hautinfiltrat. Die umgebende enthaarte





Hautpartie unverändert. Am zweiten Tage zeigte sich eine wallartig infiltrirte Elevation um die Scarificationsstelle; dieselbe erscheint eingesunken und die Haut darüber ohne Spur von Eiterung, wie zu einer dicken nicht abhebbaren Borke verändert. Am fünften Tage nach der Impfung hat das wallartige Infiltrat etwas abgenommen, dafür ist die ganze enthaarte umgebende Hautpartie leicht infiltrirt, mit kleinen gelblichen Schüppchen übersäet.

Die mikroskopische Untersuchung excidirter Partien der Infiltratborke, sowie der gelblichen Schüppchen, ergibt das ausschliessliche Vorhandensein von Coccen einzeln und in Haufen lagernd. Unter allmäliger Abnahme des Infiltrates, sowie dem Schwinden der Schuppenbildung in der Umgebung, beginnt wieder das Haarwachsthum und achtzehn Tage nach der Impfung ist die Haut wieder zur Norm zurückgekehrt.

Unter Anwendung aller vorgeschriebenen Cautelen wurden nun mehrere Schüppchen auf Gelatine zur Keimung gebracht und in analoger Weise, wie seinerzeit von der Schuppe der Kranken, hatte sich am fünften Tage eine periphere weisse Trübung gebildet, während die Schuppe selbst immer tiefer gelb sich färbte. Von dieser Trübung wurden nun sofort Agarplatten gegossen und schon nach 24 Stunden waren daselbst zahlreiche punktförmige, makroskopisch vollständig identische, lediglich aus Coccen in Ketten und Haufen bestehende Herde gewachsen, welche schon nach zwei Tagen gelbliche Färbung annahmen. Nicht die mindeste Spur eines fremden Keimes war auf den Platten wahrnehmbar.

Gleichzeitig wurden auch von der Schuppenmuttercultur Strichculturen auf Fleischpeptongelatine, Agar-Agar und Rinderblutserum übertragen, welche uns genau dieselben Resultate lieferten, wie die seinerzeit aus den Schuppen und Infiltraten der Kranken gewonnenen Tochterculturen.

Weiters wurden mit Aufschwemmungen von unseren Bacillenreinculturen sowohl subcutane Injectionen in die Bauchgegend als auch eine Injection in die Peritonealhöhle an Kaninchen vorgenommen. Die Thiere erkrankten wohl einige Tage nach den Injectionen unter den Erscheinungen der Apathie, verminderter



Fresslust und Auftreibung des Bauches, erholten sich jedoch nach wenigen Tagen wieder vollständig.

Obwohl wir nun bezüglich der Deutung der hier zur Beobachtung gekommenen bacteriologischen Erscheinungen noch keineswegs im Klaren sind, haben wir dieselben dennoch für wichtig genug erachtet, um deren Mittheilung nicht länger zu verschieben.

Wir haben die Thatsachen, welche sich aus unseren Untersuchungen ergeben haben, genau nach unserem Protokolle verzeichnet und behalten uns ein endgiltiges Urtheil über dieselben bis auf Weiteres vor.





**Aus weil. Prof. Auspitz's literarischem Nachlasse.**

# Zwei seltene Fälle multipler geschwulstartiger Hauterkrankung.

Bearbeitet von

**Auspitz's Schülern.** [1])

(Hiezu Tafel XV, XVI und XVII.)

Zwei überaus interessante Fälle multipler geschwulstartiger Hauterkrankungen, deren fragmentarische Krankengeschichten sich im Nachlasse unseres verstorbenen Lehrers Auspitz vorfanden, sind es, mit deren Mittheilung und Bearbeitung wir, als seine letzten Schüler, von der Redaction dieser Vierteljahresschrift betraut wurden.

So dankenswerth und ehrenvoll auch diese Mission für uns erscheint und so sehr wir auch bemüht waren, treu den Lehren

[1]) Von dem Wunsche geleitet, in diesem, dem Andenken meines Freundes H. Auspitz gewidmeten Hefte Alles zu bringen, was von seinem Beobachtungsmaterial vorlag und bisher nicht publicirt wurde, habe ich Auspitz's Schüler, die Herren Doctoren Schiff, Horovitz und Hochsinger, welche mit dem Verstorbenen in engem Verkehre standen, ersucht, auch die beiden nachfolgenden Krankengeschichten, so weit es möglich, epikritisch zu bearbeiten.

Es ist mir eine angenehme Pflicht, diesen Herren, insbesondere dem Herrn Dr. Hochsinger, welcher auch den redactionellen Theil der Arbeit besorgte, meinen wärmsten Dank zu sagen, für die erfolgreiche Durchführung der schwierigen Aufgabe.

Die Verspätung, welche eben dadurch in dem Erscheinen des Heftes eingetreten ist, wird man wohl entschuldigt finden. Pick.



des Dahingeschiedenen, diese seine letzten Beobachtungen wissenschaftlich zu verwerthen, so wenig befriedigt sind wir von den Resultaten unserer diesbezüglichen Bemühungen, weil wir fürchten, mit unserer Bearbeitung Auspitz nicht gerecht geworden zu sein.

Wir wollen die Krankengeschichten dieser beiden Fälle, über deren Diagnose Auspitz selbst sich niemals äussern wollte, weil — wie er sich ausdrückte — „sie nirgends recht hineinpassen", die aber eine Fülle ganz merkwürdiger Krankheitserscheinungen bieten, genau den Aufzeichnungen Auspitz's gemäss mittheilen und es dann versuchen, sie epikritisch zu beleuchten.

## Fall I. Granuloma fungoides?

(Hiezu Taf. XV.)

G. S., 34 Jahre alt, Privatier, geboren zu Alexothen in Russland, zugereist von Wilna. Am 21. Februar 1882 wurde der Kranke in das hiesige Rothschild-Spital aufgenommen.

Anamnese: Im 11. Lebensjahre hatte der Kranke Masern und Typhus durchgemacht, zu 16 Jahren litt er angeblich an „Blattern" an Händen und Füssen. Dieselben waren von verschiedener Grösse, sassen auf den Fingern, auf dem Dorsum und auf der Vola manus, auf den Vorderarmen, am Fussrücken, auf den Unter- und Oberschenkeln und am Gesässe. Dieselben verursachten ihm ein fortwährendes Jucken, ihr Inhalt war gelbgrün, von dichter Consistenz, und vertrocknete zu Borken. Die Haut zwischen den Blasen war normal, der Ausschlag dauerte durch vier Jahre, verging von selbst, ohne eine Spur zurückzulassen. (Scabies?)

Vor acht Jahren fiel es einem Arzte auf, dass die Hautdecke des Kranken von „blauen Flecken" übersäet war.

Bald darauf trat eine Anschwellung ungefähr in der Gegend der dritten linken Rippe auf, da wo die Rippe in den Rippenknorpel übergeht, die binnen Jahresfrist ungefähr die Grösse einer Wallnuss erreichte, tief in die Haut sich senkte, von braunrother Farbe und derber Consistenz war, dem Patienten jedoch keinerlei Beschwerden verursachte. Die Aerzte wollten die Neubildung entfernen, was der Patient jedoch nicht zuliess, da die Geschwulst von selbst zurückging. Im nächsten Jahre traten flache Infiltrate an der Bauchdecke, besonders in der Nähe des Nabels in grosser Menge auf, die sich



in ähnlicher Weise involvirten. An Syphilis hat der Kranke nie gelitten.

**Status praesens:** An Stelle der erwähnten Geschwulst an der Brust blieb eine infiltrirte, stark vertiefte, röthlichbraun gefärbte, beim Druck erblassende, glänzende Hautstelle zurück. Die Bauchdecke bietet ein geschecktes oder landkartenartig gezeichnetes Aussehen dar, da involvirte Stellen mit noch floriden, livid gefärbten Knoten und flächenhaften Infiltraten dieselbe bedeckten. Die normale Haut dazwischen ist blass und grubig vertieft und sticht von den derben Infiltraten sehr lebhaft ab.

Die Ränder der kreisbogenartig an einander stossenden Infiltrate sind nicht scharf begrenzt, sondern ihre Contouren sind verwischt und ohne merklichen Unterschied in die Umgebung übergehend. Die noch floriden Knoten sind livid bis braunroth, hasel- bis wallnuss- und darüber gross, erblassen beim Drucke, sind schmerzlos, ragen tiefer in das Corium hinein als über dasselbe, und fühlen sich hart oder wie Pergamentplatten an. Die kleineren Geschwülste sind mit der Haut verschiebbar. Einzelne Infiltrate sind zu zusammenhängenden Geschwulstgebilden, von unregelmässiger Form und Grösse zusammengeflossen. Einzelne Geschwülste wurden mit dem Lapisstifte künstlich gerändert, um den Involutionsvorgang deutlicher controlliren zu können. Hiebei stellte sich heraus, dass die Einschmelzung von der Peripherie gegen die Mitte unter Zurücklassen von Buchten vor sich ging. Die auffallendsten und grössten Knoten sind um den Nabel: Eine etwa 3 Ctm. lange und 2 Ctm. breite Geschwulst von Herzform ragt stark über das Haut-Niveau hervor, wodurch der Nabelring das Aussehen geschwellter Muttermundslippen annimmt. Zwischen Nabel und Symphyse ist eine noch grössere, aber weniger hervorragende Geschwulst von unebener Oberfläche zu gewahren, die aus mehreren kleineren Geschwülsten hervorgegangen zu sein scheint. Eine grosse Geschwulst sitzt in der Magengrube, rechts vom Processus xyphoides. Diese drei Geschwülste sollen schon seit längerer Zeit bestehen.

Zu beiden Seiten des Thorax finden sich härtliche, mehr der Fläche nach ausgebreitete, von blauen Höfen umgebene, rundliche, infiltrirte, schuppende Plaques, deren Farbe unter Fingerdruck schwindet.

Am Rücken sind Knoten jüngeren Datums zu beiden Seiten der Wirbelsäule; am unteren Winkel der rechten Scapula, mehr gegen



die Axillarlinie, mehrere zusammenfliessende Geschwülste, welche etwa 6 Ctm. in Länge und Breite betragen. Innerhalb dieses Bezirkes ist die Haut verdickt, aber nur wenig erhaben, von kupferrother Farbe und platt darüber hinwegziehender Epidermis. Sonst sind am Rücken nur einige Acne-Pusteln sichtbar.

Die Inguinal- als auch die übrigen Lymphdrüsengruppen zeigen keine Schwellung, die Mund- und Rachenschleimhaut ist unverändert; der Haarwuchs ist reich, trotz starker Abschuppung des Haarbodens.

18. März: Die mit dem Lapisstifte markirten Stellen zeigen eine deutliche Involution der Knoten.

29. März: Während die landkartenartigen Flecken sich sehr variabel gestalten, so dass sie an einzelnen Stellen von Zeit zu Zeit erblassen, an Consistenz verlieren, oder aber ein progressives Verhalten darbieten, indem ihre Tinction lebhafter erscheint, ist an den knotigen Infiltraten nichts Wesentliches vor sich gegangen.

Die Flecken zu beiden Seiten des Thorax und des Rückens beginnen stellenweise über das Hautniveau zu prominiren und an Consistenz zuzunehmen.

Schmerzhaftigkeit ist nirgends zu constatiren, auch sind keine Zeichen einer lebhaften Entzündung in der Umgebung der Knoten.

9. Juli 1883: Nachdem der Kranke sich über ein Jahr der Beobachtung entzogen hatte, stellte er sich am 9. Juli des nächsten Jahres wieder vor. Die Extremitäten waren frei von einer jeden krankhaften Veränderung, und nur am Stamme war folgendes Krankheitsbild zu sehen: Die Geschwulstmasse um den Nabel geschwunden, sowie auch die früheren erhabenen Stellen der Bauchdecke (ähnlich einer chronischen Urticaria) abgeflacht. Die rückwärtige keloidartige Stelle erscheint kleiner und aus einzelnen kleineren Geschwülsten zu bestehen. Am Rücken, in der Gegend des unteren Winkels des rechten Schulterblattes, eine haselnussgrosse Geschwulst, nebstbei noch einige zerstreut stehende kleinere Geschwülste. In der Nähe der Magengrube eine thalergrosse rothviolette Geschwulst mit drei bis vier Einkerbungen versehen. Diese Geschwulst ist auf Druck schmerzhaft.

Nach dieser Untersuchung kam der Patient nicht mehr in die Ordination von Prof. Auspitz. Es ist auch über sein weiteres Schicksal nichts Näheres bekannt.



Es handelt sich also in diesem Falle um eine Dermatose, welche ohne bekannte Ursache mit der Eruption eines universellen Erythems ihren Anfang nahm[1]), dann von der Entwickelung einer nussgrossen geschwulstartigen Neubildung gefolgt war, welche völlig isolirt auf eine einzige Körperstelle beschränkt, ein Jahr lang persistirte und dann spontan zur Rückbildung gelangte, während in den darauffolgenden Jahren zahlreiche neue Knoten und plaqueförmige flächenhafte, hie und da schuppende Infiltrate über den ganzen Stamm verbreitet auftraten. Die floriden Knoten sind livid, braunroth, erblassen bei Druck, sind schmerzlos, fühlen sich hart an, erreichen Wallnussgrösse, sind grösstentheils in das Hautgewebe selbst eingebettet, selten subcutan, involviren sich zusehends und machen wieder neuen Eruptionen Platz. Daneben persistiren über Brust, Rücken und Bauch urticariaartig erhabene, plaqueförmige Infiltrate und Flecken in wechselndem Grade der Färbung und Entwickelung. Die Tumoren besitzen häufig, wie besonders die um den Nabel wuchernden, fungoiden Charakter, nirgends jedoch ist Zerfall oder Ulceration wahrzunehmen. Die Erkrankung erstreckt sich auf 9 Jahre und scheint dem Kranken relativ wenig Beschwerden zu bereiten. Die Affection localisirt sich ausschliesslich auf den Stamm, die Extremitäten sind frei von jeder krankhaften Erscheinung.

Bei der Unvollständigkeit und Unabgeschlossenheit dieser fragmentarischen Krankengeschichte, zumal bei der durchaus nicht klaren Anamnese des Falles und der ungenügend langen Beobachtungszeit, könnte man wohl einige Augenblicke über die Natur und die Wesenheit des hier entrollten Krankheitsbildes im Zweifel sein. Zunächst wird es sich offenbar darum handeln müssen, eine principielle Frage zu entscheiden: Haben wir es hier mit einer wirklichen Geschwulstbildung des Hautorganes im pathologisch-anatomischen Sinne des Wortes zu thun, oder mit einem jener entzündlich-hyperplastischen Processe der Cutis, wie sie den chronischen Entzündungsprocessen, insbesondere den sogenannten

[1]) Die im 16. Lebensjahre des Patienten aufgetretene impetiginöse Hauterkrankung kann wohl mit Sicherheit als nicht der vorliegenden Affection zugehörig erachtet werden und wurde von Auspitz selbst mit Wahrscheinlichkeit als Scabies gedeutet.





infectiösen Entzündungen eigenthümlich sind? Im ersteren Falle könnte es sich wohl nur um multiple Sarcomatosis cutis handeln: können wir hingegen diese Erkrankungsform mit Sicherheit ausschliessen, dann sind wir wohl berechtigt, den vorliegenden Fall in jene Gruppe der Chorioblastosen einzustellen, welche als Mycosis fungoides Aliberti (Granuloma fungoides Auspitz) im System der Dermatologie figuriren. — Sehen wir nun zu, ob wir an der Hand der Thatsachen bezüglich dieser rein klinischen Beobachtung zu einem positiven Resultate gelangen können.

Es ist unläugbar, dass durch die grosse Zahl der in den letzten Jahren in rascher Aufeinanderfolge erschienenen einschlägigen Arbeiten und literarischen Studien eine solche Fülle von Material und damit von klinischen Beobachtungen angehäuft wurde, dass es bei Berücksichtigung dieser nunmehr auch gelingen kann, in schwierigen, bisher nicht leicht auseinanderzuhaltenden Krankheitsformen einen positiven Entscheid zu fällen. Insbesondere seitdem Kaposi der typischen idiopatischen Hautsarcomatose eine selbstständige Stellung verschafft hat, seitdem ferners das Lymphosarcoma cutis oder die Lymphadenia cutis von den echten Hautsarcomen abgegrenzt wird und eine Anzahl als solcher beschriebener Krankheitsfälle der Mycosis fungoides zugerechnet werden, hat der Begriff der primären Hautsarcomatose eine concretere, wenn auch territorisch eingeengtere Fassung erhalten, die es nunmehr gestattet, die sarcomähnlichen Hauterkrankungen auch klinisch von den wahren Sarcombildungen der Cutis zu differenziren. In ganz eminenter Weise — und wie es scheint auch mit Erfolg — wurde dies in der allerletzten Zeit von Vidal und Brocq in ihrer Studie über die Mycosis fungoides (La France médicale 1885), dann von Tilden (Boston med. and surg. Journ. 1885) und in allerjüngster Zeit von Perrin in seinem Werke „De la sarcomatose cutanée“ (Paris 1886) versucht, deren Darstellung des Gegenstandes folgend, wir in unserem Falle mit nahezu positiver Sicherheit die wahre sarcomatöse Geschwulstentwickelung ausschliessen können und zur Diagnose „Granuloma fungoides“ gelangen.

Wir glauben uns zur Stellung dieser Diagnose nunmehr berechtigt mit Rücksicht auf folgende hervorragende Momente:



1. Die ausgesprochene, den Entwickelungsstadien der Mycosis fungoides entsprechende, Polymorphie der Krankheitserscheinungen.

2. Die der primären multiplen Sarcomatose der Haut nicht entsprechende Localisation der Tumoren.

3. Den eigenthümlichen Evolutions- und Involutionsprocess der Knotenbildungen.

ad 1. Die Affection begann in unserem Falle unter dem Bilde eines universellen Erythems, über dessen Natur wir allerdings nichts Näheres erfahren, dessen Zugehörigkeit jedoch zu der weiter sich entwickelnden geschwulstartigen Dermatose durch das unmittelbare Gefolgtwerden von der ersten Knoteneruption genugsam bewiesen erscheint. Wir ersehen zwar aus dem fragmentarischen Manuscripte nicht, ob sich daran ein veritables Stadium eczematiforme schloss, erkennen aber aus dem klar geschilderten Status praesens bei der ersten Untersuchung des Falles unschwer, dass urticariaähnliche Flecken und Infiltrate, ferner schuppende, hellrothe, flache infiltrirte Plaques nebst zahlreichen Tumoren den Stamm bedeckten und eine „scheckige oder landkartenähnliche" Zeichnung der Hautdecke bewirkten.

Nun ergeben die übereinstimmenden Angaben sämmtlicher Autoren und die Durchsicht der 54 in der Monographie von Perrin zusammengestellten Fälle von Hautsarcomen, dass eine derartige Polymorphie von Hauterscheinungen niemals bei multipler Sarcomatose zu beobachten ist, dass speciell der Beginn der cutanen Sarcomatose unter erythem- oder eczemähnlichen Allgemeinerscheinungen niemals vorhanden ist, dass vielmehr, wie Vidal und Brocq, Hammer, Tilden, Hallopeau und Perrin übereinstimmend angeben, diese Erscheinung eine der charakteristischesten Eigenthümlichkeiten des Granuloma fungoides ist, welche allein schon genügt, den sarcomatösen Neubildungsprocess der Haut mit Sicherheit auszuschliessen.

Interessant, wenn auch etwas abweichend von dem gewöhnlichen Typus der Mycosis fungoides ist im vorliegenden Falle das Auftreten einer isolirten Knotenbildung schon in dem ersten Beginne der Erkrankung (im ersten Jahre), doch wird die Möglichkeit eines solchen Vorganges von allen Autoren zugegeben und das atypische unmerkliche Confluiren der einzelnen Stadien der Mycosis ineinander sogar als die Regel hingestellt.



ad 2. Mag die Sarcomatosis cutanea idiopathica unter dem Typus Kaposi, d. i. mit dem Beginne an den peripheren Theilen der Extremitäten verlaufen oder unter dem Bilde regellos disseminirter Knoteneruptionen einhergehen, immer werden die Eruptionen an den Extremitäten eine hervorragende Rolle spielen (Vidal und Brocq, Perrin), da in der Mehrzahl der nicht nach dem Typus Kaposi verlaufenden Fälle schon kurze Zeit nach der ersten Knotenbildung am Stamme solche an den Extremitäten zum Vorschein gelangen. Selbst nach neunjähriger Krankheitsdauer waren aber im Auspitz'schen Falle die Extremitäten frei von jeder Krankheitserscheinung.

ad 3. Wenn auch, wie fast von allen Beobachtern zugegeben wird, selbst entwickelte Sarcomknoten der Haut rückbildungsfähig sind, so ist der so überaus auffällige Wechsel zwischen Schwinden und Wiederauftreten der knotigen Infiltrate, wie er in unserem Falle in die Augen springt, doch nur dem als Granuloma fungoides bekannten Krankheitsprocesse zu eigen. Ja wir können nach der Schilderung des vorliegenden Falles ruhig behaupten, dass während der neun Jahre, über die die Krankengeschichte des Falles verfügt, wohl jede Hautpartie ihre Beschaffenheit zu wiederholten Malen in auffallender Weise gewechselt haben muss. Sogar die grössten und confluirenden, fungoiden Tumoren um den Nabel herum hatten sich vollkommen involvirt, so dass ein Jahr nach der ersten Aufnahme des Status nichts mehr davon zu sehen war, wiewohl an anderen Körperstellen der Process unaufhaltsam fortschritt.

Nur eine Erscheinung ist im vorliegenden Falle etwas befremdlich und passt nicht ganz in das für die Mycosis fungoides typische Krankheitsschema, nämlich der Mangel jeglichen Ulcerationsprocesses an den Knotenbildungen trotz des bereits neunjährigen Bestandes der Erkrankung. Allein auch diese Bedenken zerstreuen sich leicht, wenn wir daran erinnern, dass das zweite amphibole Stadium der Erkrankung, wo Knotenbildungen und flache Infiltrationen abwechselnd kommen und gehen, von ganz unbestimmter Dauer ist, dass, wie Vidal und Brocq angeben, die Durchschnittsdauer der Mycosis fungoides sich auf 5—8 Jahre beläuft, wir also sehr gut für unseren nicht zu Ende beobachteten Fall eine höhere als die Durchschnittszahl der Krankheitsdauer



annehmen können, dass ferners erst im allerletzten Stadium die Ulcerationsvorgänge beginnen, über welches unsere Krankheitsskizze allerdings nicht mehr verfügt.

Es ist hier der passendste Ort über den Zusammenhang zwischen dem Knotenzerfall und den Coccenbefunden beim Granuloma fungoides zu sprechen. Rindfleisch (D. med. Wochenschrift 1885) macht die Verstopfung der Hautgefässe durch die Streptococcusmassen sowohl für das Wachsthum als auch für den Zerfall der Knoten verantwortlich. Es liegt auch auf der Hand, dass die weitere Ernährung des Knotengewebes unter den von Rindfleisch und von uns angegebenen Beziehungen der Mikroorganismen zum Gefässsysteme, nämlich bei totaler Erfüllung desselben von der Coccenwucherung, unmöglich gemacht wird, und dass auf solcher Höhe des Processes angelangt, nothgedrungen nekrotisch-ulceröser Knotenzerfall eintreten muss. Nicht so leicht jedoch ist die Frage zu beantworten, ob auch die Entwickelung des zur Resorption gelangenden Knotens auf Kosten der Mikroorganismenwucherung zu setzen ist, da bisher noch keine Untersuchungen vorliegen, welche zeigen, dass der von uns und Rindfleisch gemachte Mikrobenbefund auch schon in jenem zweiten Stadium der Krankheit vorhanden wäre, wo noch nirgends Exulcerationsvorgänge am Hautorgane wahrnehmbar sind. So wahrscheinlich dies auch ist, und so sehr auch diese Annahme den Anschauungen der meisten Autoren über diesen Gegenstand entspricht, so eingehender und genauer Untersuchungen frischer Mycosisfälle wird es noch bedürfen, um die ätiologische Bedeutung der Mycosiscoccen auch über den leisesten Zweifel erhaben zu machen.

Noch einige untergeordnete Merkmale, welche zu Gunsten der Mycosis fungoides und gegen die Sarcomatosis cutis sprechen, könnten wir anführen: so die lange Dauer der Affection ohne hervortretende marantische Erscheinungen, die Schmerzlosigkeit der Tumoren, den exquisit fungösen Charakter ganz junger Geschwülste u. s. f. Doch scheint uns durch das Vorhergegangene die Diagnose „Granuloma fungoides“ bereits genügend motivirt.

Somit stehen wir nicht an, den vorliegenden Fall als einen typischen Fall von Granuloma fungoides zu bezeichnen und glauben damit auch der Anschauungsweise weiland Auspitz's zu ent-



sprechen, der bei der Aufnahme des von ihm zuletzt beschriebenen Mycosisfalles[1]) auf die in die Augen springende Aehnlichkeit dieses mit einem schon früher von ihm, aber leider nur fragmentarisch beobachteten — unserm hier beschriebenen — Falle hinwies.

## Fall II. Melanosis cutis sarcomatosa.

(Hiezu Taf. XVI und XVII.)

J. M., Advocat aus Nymwegen in Holland, 48 Jahre alt. Vorgestellt am 7. April 1886.

Anamnese: Hereditär keine Belang habenden Momente nachzuweisen. Mutter an Altersschwäche, Vater an einem Lungenleiden gestorben. Das einzige Kind des Patienten, 12jähriger Sohn, vollkommen gesund. Im Jahre 1860 litt Patient an einem Ulcus molle ad praeput. und secundärem Schankerbubo. Sonst ausser an häufigen Katarrhen der Luftröhre nie krank gewesen. Potatorium vorhanden.

Im Frühjahre 1885 Ischias auf der rechten Seite. Auf Massagecur in vier Wochen genesen. Im August vorigen Jahres traten über der linken Brustwarze unter heftigem Jucken einzelne rothe Flecke auf, die sich allmälig über die ganze Brust verbreitet haben sollen. Ende September desselben Jahres trat an einer Stelle an der rechten Brusthälfte unmittelbar über der Brustwarze ein „schwarzer" Fleck auf, der von einem Arzte als „Pigmentfleck" gedeutet wurde. Diesem folgte bald ein zweiter schwarzer Fleck über der rechten Scapula.

Diese beiden Flecke blieben ganz unverändert bis zum Monat October, wo der vordere erhabener zu werden begann. Im Laufe der folgenden Monate entwickelten sich aus den angedeuteten Flecken allmälig knotige Gewächse heraus, während auch neue schwarze Flecke am Stamme zerstreut auftraten.

Status praesens vom 7. April 1886. Patient ist gross, von robustem Körperbau. Innere Organe bis auf leichten Bronchokatarrh normal.

An dem vorderen Theile der Brust, rechts von Sternum, ungefähr in der Höhe des dritten Rippenknorpelansatzes ein silberguldengrosser, dunkelschwarzvioletter, über das Niveau der Haut

[1]) Auspitz. Ein Fall von Granuloma fungoides. D. Viertelj. 1885.



erhabener, derber, flach aufsitzender, nur mit der Haut verschiebbarer Knoten, der an der Oberfläche glatt ist, keine Fluctuation zeigt und nur am Rande leichte Epidermisverluste aufweist. Derselbe ist schmerzlos. Diese einer melanotischen Warze ähnliche Neubildung, welche nirgends eine Spur von Zerfall zeigt, ist von einem unregelmässigen, diffusen Erythem umgeben, das unter dem Fingerdrucke nur wenig weicht und über das Niveau der übrigen Haut nur wenig prominirt. Aus einer solchen „rothen Stelle“ ist, wie der überaus intelligente Patient mit Bestimmtheit angibt, zuerst der „schwarze Fleck“ und dann der schwarze Knoten hervorgegangen.

An den oberen Extremitäten und der Haut des Stammes einzelne unregelmässige, unter dem Fingerdrucke etwas schwindende, rosenroth, bis dunkelviolett gefärbte, hanfkorn- bis über linsengrosse, unregelmässige, offenbar nach und nach immer dunkler werdende Flecke.

An der Aussenseite des linken Ellbogengelenkes ein ebensolcher, kreuzergrosser, in der Mitte dunkelpigmentirter Fleck, mässig hart, dessen Rand weich ist und mehr urticariaartig ansteigt.

Am Rücken, in dessen Mittellinie, ungefähr in der Höhe des 11. Brustwirbels, ein über 5 Centimeter im Durchmesser haltender, kugeliger, in der Mitte etwa 2 Centimeter hoch über das Hautniveau erhabener — wie der an der Brust beschaffener Knoten, hie und da etwas weicher, doch nirgends fluctuirend. Der Rand desselben körnig, wie von kleinen dunkelbraun-violetten Wärzchen umrahmt. An der Oberfläche desselben spärliche, kurze, feine Härchen. Der Tumor ist nicht verschiebbar, bei Druck etwas empfindlich.

Ueber dem linken Schulterblatt drei kreuzergrosse, flache, dunkelschwarzbraune, in der Mitte resistente Stellen. Am rechten Schulterblatte ein fast schwarzer, haselnussgrosser, hart anzufühlender Knoten frischen Datums.

Die Sensibilität an den Knoten und an den anderen afficirten Stellen ist nicht alterirt.

Am übrigen Körper und zwar seitlich von der linken Brustdrüse, in der rechten Axillarlinie in der Höhe der Brustwarze,





dann in der Mamillarlinie zwei Querfinger unter dem Rippenbogen kleine linsen- bis bohnengrosse, als Naevi pigmentosi sich präsentirende, theils flache, theils erhabene Stellen, welche erst vor Kurzem aufgetreten sein sollen.

15. April. Nach mehrtägigem Bepinseln der Knoten mit Jodolsalbe soll Jucken und ein schmerzhaftes Gefühl aufgetreten sein.

16. April. Die Knoten über der linken Scapula mit Empl. cinereum bedeckt. Die vorderen Knoten sind unverändert. Der Knoten über dem linken Ellbogen dunkler, deutlicher hervortretend, härter und etwas grösser. Ueber dem rechten Schulterblatte einzelne unregelmässige rosenrothe, nicht resistente frische Flecke aufgetreten.

17. April. An der rechten Wange ein bei der ersten Aufnahme aus Versehen nicht ad notam genommener Fleck, der damals verschwommen, rosenroth, heute deutlich hervortretend und dunkelbraunviolett verfärbt erscheint. — Eruptionen frischer Erythemflecke über dem rechten Knie und dem rechten Schienbeine.

18. April. Auf dem rechten Vorderarme sind einige blassrothe. verschwommen linsengrosse Fleckchen aufgetreten, die bei Druck nur zum Theile schwinden und etwas infiltrirt erscheinen.

Der grössere, über der linken Scapula gelegene Knoten, ist der obersten Epithelschichte verlustig, mit gelblichen Krusten bedeckt, nach deren Abhebung ein dunkelbraungelbes Secret hervorsickert.

20. April. Der Fleck an der Wange deutlich elevirt, resistenter und tief dunkelbraun verfärbt. Die an der rechten Scapula befindlichen Flecke sind erhabener, dunkler verfärbt und resistenter geworden.

21. April. An den beiden Flanken des Thorax neue Eruption hellrother Erythemflecke.

Am 22. April kam der Kranke zum letzten Male in die Ordination Prof. Auspitz's, da er in Geschäftsangelegenheiten in seine Heimat reisen musste, nachdem er vorher versprochen hatte, sich in wenigen Monaten wieder seiner Behandlung zu unterwerfen.

Es sollte Auspitz nicht vergönnt sein, diesen interessanten Fall weiter zu beobachten.

Die Diagnose dieses Falles, welchen Dr. Hochsinger in der Privatordination Prof. Auspitz's wiederholt zu sehen Gelegenheit



hatte, unterläge keinen besonderen Schwierigkeiten und könnte, wie wir glauben, anstandslos auf primäres melanotisches Hautsarcom gestellt werden, wenn nicht eine von dem typischen Entwicklungsgange dieser Erkrankung völlig abweichende Erscheinung bei unserem Falle vorhanden wäre, die uns einige Augenblicke bedenklich macht; ich meine das der Entwicklung der melanotischen Flecke und Geschwülste vorhergehende und dieselben begleitende eigenthümliche Erythem. Ich konnte nämlich trotz eingehender Durchsicht der über diesen Gegenstand vorhandenen Literatur keinen einzigen Fall von sarcomatöser Melanose der Haut ausfindig machen, der in dieser Beziehung unserem Falle gleichzusetzen wäre.

Aus der in Perrin's (früher citirtem) Werke vorgenommenen Zusammenstellung von sechzehn Fällen multiplen Melanosarcoms der Haut geht nämlich hervor, dass die Geschwulstbildung entweder auf dem Boden eines congenitalen Pigmentnaevus sich entwickelt, oder aber mit der Eruption eines isolirten, gewöhnlich dunkelschwarzbraunen Fleckes beginnt, von dessen Basis die melanotische Tumorbildung ihren Ausgang nimmt, ohne dass jemals von einem prodromalen erythemartigen Exanthem die Rede wäre. Immer beginnt die Affection mit der Bildung eines einzigen, völlig isolirten Tumors, wie auch in unserem Falle; die Generalisation der Geschwulstbildung erfolgt ausschliesslich auf dem Boden neu sich entwickelnder Pigmentflecke. Dabei sollen die letzteren ganz unvermittelt auf früher ganz normaler Haut hervorschiessen. Die secundären melanotischen Geschwülste zeigen dabei genau denselben Entwicklungsgang und Verlauf wie die primären, sie können ulceriren und gelangen nur in den allerseltensten Fällen zur Resorption. Die massenhafte Metastasenbildung in inneren Organen, die exquisit ausgesprochene Neigung zur Recidive nach der chirurgischen Entfernung der einzelnen Knoten, der absolut letale Verlauf dieser Affection sind allgemein bekannt und haben dieselbe längst zu einer der bösartigsten Geschwulstbildungen gestempelt.

Wir hätten, soweit die Krankengeschichte unseres Falles reicht, alle typischen Erscheinungen des Sarcoma cutis melanodes in classischer Weise entwickelt und müssen uns, da der gene-





tische Zusammenhang zwischen der Melanombildung und dem Erythem an unserem Falle klinisch erwiesen ist, um eine Erklärung dafür umsehen.

Da wir aus der Krankengeschichte unseres Falles entnehmen, dass ein directer, wenn auch allmäliger Uebergang an den einzelnen Erythemflecken vom lichtesten Rosenroth bis zum tiefsten Schwarzbraun mit Sicherheit zu constatiren ist, ja dass binnen wenigen Tagen die Farbe des frisch zum Ausbruch gekommenen Fleckes tief dunkelviolett werden kann, ohne dann unter dem Fingerdrucke weiter zu schwinden, und wir an den einzelnen Flecken selbst alle Uebergänge von der centralen schwarzbraunen Färbung bis zum peripheren hellrothen Teint verfolgen können, und es auch ganz sicher ist, dass der primäre Pigmentfleck an der rechten Brusthälfte, auf dem sich der erste Knoten entwickelt hatte, allmälig aus einem rothen Flecke hervorgegangen ist; schwinden bei Berücksichtigung des histologischen Vorganges der Melaninbildung alle unsere Bedenken in der Deutung des vorliegenden Falles. Es bietet nämlich dieser klinische Entstehungsmodus der melanotischen Flecke und Tumoren eine kräftige Stütze für die von Rokitansky, Kölliker u. A. vertretene Ansicht, dass das Melanin, der eigenthümliche körnige Farbstoff, welcher in den Geschwulstzellen dieser Neubildungen angehäuft ist, nicht durch eine specifische Thätigkeit dieser Zellen, wie dies namentlich von französischen Autoren, so von Cornil und Ranvier behauptet wird, entstehe, vielmehr durch einen abnormen Gehalt des Blutes an einem diffusiblen Farbstoff, welcher von den Endothelien der Capillargefässe aufgenommen und zu schwarzen Pigmentkörnern verdichtet wird. Hat diese Ablagerung einen gewissen Grad erreicht, so fangen die betroffenen Endothelien an, sich zu theilen und sarcomatöse Geschwülste zu bilden. (Rindfleisch, die Elemente der Pathologie. Leipzig 1883, p. 193.)

Dass diesem Processe ein Zerfall der rothen Blutkörperchen und eine Art Stase in den feinsten Capillaren des erkrankten Gewebes vorausgeht, ist mehr als wahrscheinlich. Daraus erklären sich nun ganz zwanglos die eigenthümlichen klinischen Erscheinungen unseres Falles, indem das Erythem höchst wahrscheinlich als die Folge des irritativen Processes anzusehen ist, welchen

der in den feinsten Capillaren der Haut circulirende abnorme Pigmentstoff angeregt hat. Die Weiterentwicklung dieser eigenthümlichen Erythemflecke zu den melanotischen Geschwulstbildungen hat nach dem Gesagten nichts Befremdliches mehr an sich. Somit werden wir wohl nicht fehlgehen, wenn wir diesen zweiten der Beobachtung Auspitz enstammenden Fall als Melanosis cutis sarcomatosa in die grosse Gruppe der melanotischen Geschwülste einfügen.

Leider konnte keine mikroskopische Untersuchung des erkrankten Hautgewebes vorgenommen werden, welche die Richtigkeit der hier vorgetragenen Anschauungen hätte erhärten können.



# Ueber Localisations-Tabellen bei Hautkrankheiten.

## Ein didactischer Behelf.

Von

Professor **Dr. F. J. Pick** in Prag.

Das Studium der Localisation der pathologischen Veränderungen auf der Haut, ist einer der wichstigsten Factoren für die richtige Auffassung und Deutung dieser Processe und das nicht blos zur Bekräftigung der in den letzten Jahren landläufigen Schlüsse auf den nervösen Ursprung so zahlreicher Hautkrankheiten.

Man vergisst so leicht, dass die Haut ein paariges Organ ist und dass bei ihrer symmetrischen Anordnung nur die homologen Hautstellen in ihrem gesammten architektonischen Aufbau sich homolog verhalten und auf gleiche Reize in gleicher Weise reagiren, während zwei nicht homologe Hautstellen schon wegen ihrer physiologischen und anatomischen Verschiedenheit auf denselben Reiz in verschiedener Weise antworten. Die Kenntniss der Localisation der Hautkrankheiten ist auch von grosser Wichtigkeit, aus ätiologischen, diagnostischen und therapeutischen Gründen überhaupt.

Die genaue Wiedergabe der Localisationsverhältnisse bei den einzelnen Kranken ist eine conditio sine qua non bei Abfassung der für wissenschaftliche und Lehrzwecke bestimmten Krankengeschichten. Allgemeine Ausdrücke, wie Streckseiten, Beugeseiten, Brust, Bauchfläche genügen hier nicht, es erfordert eine genaue detaillirte Angabe. Eine solche detaillirte Angabe ist jedoch ausserordentlich zeitraubend und auf einer grossen Klinik mit rasch wechselndem Krankenmaterial und noch weniger an dem klinischen Ambulatorium kaum in befriedigender Weise



ausführbar. Zudem ist die wörtliche Darstellung lange nicht so übersichtlich und genau wie die graphische, ein Umstand, der mich dahin geführt hat, zum Zwecke der graphischen Darstellung der Localisation der Hauterkrankung in dem einzelnen Falle, den Krankengeschichten Tabellen beizufügen, in welche die jeweilige Ausbreitung des Processes auf der Haut eingezeichnet werden kann.

Diese Localisations-Tabellen enthalten zwei Figuren, von welchen die eine den menschlichen Körper von vorne, die andere von rückwärts besehen, darstellt. Der Grenzcontour der einzelnen Körpertheile ist genau markirt und die Hautoberfläche durch ein doppeltes System von Linien in eine Reihe von natürlichen Territorien abgetheilt. Diese Linien stellen einerseits die Spaltbarkeitsrichtung der Haut dar und geben anderseits (rothe Linien) die möglichst genauen Verbreitungsbezirke der cutanen Nerven. Ueber den Köpfen der Figuren ist Raum zur Eintragung des Nationales und der Diagnose. Unter den Füssen der Figuren können genügende Notizen eingeschrieben werden, so dass in einzelnen Fällen gar keine weiteren Krankentabellen erforderlich sind. Es ist nun einleuchtend, dass die Bezeichnung der Localisation der Hauterkrankung in den Tabellen mit wenigen Strichen geschehen kann, entweder so, dass blos eine Umgrenzungslinie gezogen wird oder dadurch, dass man, entsprechend der Art der Efflorescenzen, diese durch grössere oder kleinere punktförmige oder straffirte Bleistiftzeichnungen andeutet. Bedient man sich zur Einzeichnung verschiedenfarbiger Stifte, so kann man ein Bild erhalten, welches eine leicht zu erkennende Wiedergabe des Krankheitsprocesses darbietet. Die Assistenzärzte an meiner Klinik sind in diese graphische Wiedergabe des Sitzes, sowie der Art der Efflorescenzen so eingeübt, dass die ganze Procedur nur sehr wenig Zeit erfordert. In schwierigeren Fällen habe ich die Einzeichnung durch einen Zeichner so ausführen lassen, dass dadurch eine gute Krankheits-Abbildung erzielt wurde.

Mir erscheint die Verwendung dieser graphischen Methode für eine Klinik unentbehrlich, nicht allein aus den angeführten Gründen, auch deshalb, weil sie für den Unterricht unausweichlich ist, wenigstens unter Verhältnissen, wie sie an meiner Klinik herrschen.

Es geschieht nicht selten bei männlichen Kranken, sehr häufig aber bei weiblichen Patienten, dass eine Besichtigung des ganzen Ausbreitungsbezirkes der Krankheit durch Entblössung des Körpers vor einem grossen Auditorium nicht gestattet und aus Schonung für den Kranken auch nicht angestrebt wird. In solchen Fällen genügt es, die einzelnen Efflorescenzen an einer kleinen Hautpartie zu demonstriren und die Ausbreitung des Processes über den Körper durch die Localisationstabelle zur Anschauung zu bringen.

Bieten also die Localisationstabellen den Nutzen der Zeitersparniss, der Genauigkeit, der Uebersichtlichkeit, sowie den angeführten didactischen Behelf, so sind sie andererseits bei wissenschaftlicher Verarbeitung eines grossen Krankenmaterials von nicht zu unterschätzendem Werthe nach verschiedenen Richtungen und gewähren ferner den Vortheil, dass bei weiterem Verlaufe der Krankheit oder bei Krankheitsrecidiven ein Vergleich mit dem ersten Status mannigfaltige Aufklärung gestattet.

Erscheint mir die Verwendung von solchen Localisationstabellen zur Ausführung einer graphischen Methode für eine Klinik unausweichlich, so halte ich sie auch für Privatambulatorien empfehlenswerth. Der praktische Arzt, der nur auf sich selbst angewiesen und dessen Zeit sehr knapp zugemessen ist, kann sich nicht leicht auf weitläufige Beschreibungen einlassen, allein er kann ohne viel Mühe eine Einzeichnung in die Tabelle vornehmen und wenn nöthig in einem späteren Momente einige Notizen, die auf die Art der Efflorescenzen etc. Bezug haben, hinzufügen und so aus der Privatpraxis ein wissenschaftlich verwerthbares Material gewinnen.

Die beschriebenen Tabellen wurden nach meiner Angabe von der k. k. Hofbuchdruckerei von A. Haase in Prag ausgeführt und können von da direct oder durch Vermittlung der Verlagshandlung dieser Vierteljahresschrift bezogen werden.



# Ueber ein Scarificationsmesser und Lupotom.

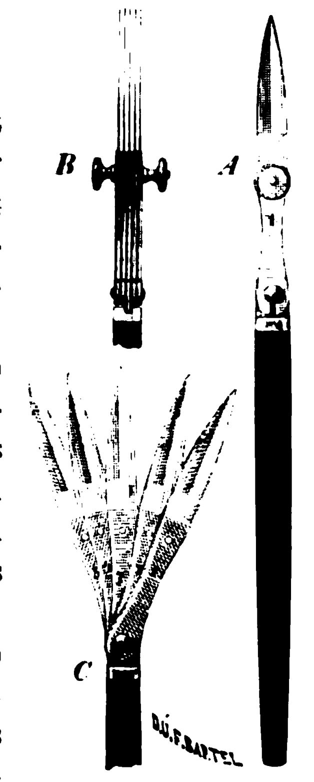
Von

Professor **F. J. Pick** in Prag.

(Mit einem Holzschnitt.)

---

Ein kleines Instrument, dessen Abbildung ich hier gebe, hat mir und vielen Collegen, welche dessen Anwendung auf meiner Klinik kennen gelernt haben, seit mehr als zwei Jahren gute Dienste geleistet. Dies veranlasst mich, es einem weiteren Kreise bekannt zu machen. Seit Volkmann zuerst die multiple Scarification bei der Behandlung des Lupus vulgaris warm empfohlen hat, ist diese Methode nicht blos bei dieser Krankheit, sondern auch bei vielen anderen Dermatosen in die dermatologische Praxis mit gutem Erfolge eingeführt worden. Schon im Jahre 1873 hat Ernst Veiel in Cannstatt zur Therapie des Lupus und Lup. erythematosus, (dieses Archiv 1873, p. 279) dieselbe Methode beim L. erythematosus empfohlen und zugleich ein Instrument angegeben, welches aus sechs neben einander stehenden schmalen Lancetten bestehend, sehr wohl geeignet war, die Schnitte gleichmässiger zu gestalten, sowie die Operationszeit abzukürzen und demgemäss die immerhin schmerzhafte und oft zu wiederholende Procedur weniger empfindlich zu machen. Dieses Veiel'sche Instrument leidet aber an mehreren Uebelständen, von denen ich nur anführen will, dass es schwer zu reinigen ist, also den Gesetzen der Antisepsis nicht entspricht und dass es für viele Hautpartien zu breit ist, dann nicht gleichmässig aufgesetzt werden



kann und daher auch nicht gleichmässige Einschnitte macht. Ich habe das Veiel'sche Instrument verschiedentlich modificiren lassen, bis ich schliesslich auf das hier zu beschreibende Instrument verfallen bin, das, wie ich glaube, allen Anforderungen entspricht und eine vielfache Anwendung gestattet.

Dasselbe[1]) besteht aus einem entsprechend langen, gut fassbaren Handgriff aus Holz oder Metall, mit dessen vorderem Ende ein abgerundetes oder spitzes doppelschneidiges Messer in fester Verbindung steht. Durch den Klingengriff geht ein Metallzapfen, in welchen zu beiden Seiten je zwei ebenso gestaltete Messer, also vier, durch einen Einschnitt in der Klinge einsetzbar sind. Ist das geschehen, dann wird durch ein kleines Loch, welches in gleicher Höhe an allen Klingen angebracht ist, ein mit einem Schraubengewinde versehener Stift durchgesteckt und durch eine Schraubenmutter eine feste Verbindung der Klingen erzielt. Die Entfernung der einzelnen Klingen, welche die Nummern 1—5 führen, von einander ist so geregelt, dass es in der Hand des Operateurs liegt, $^1/_2$ Mm. oder durch Zwischensetzung $^1/_4$ Mm. weit auseinander liegende Schnitte zu erhalten.

Die Abbildung zeigt bei *A* das zusammengesetzte Instrument von der Seite, bei *B* in der Ansicht, wie es beim Gebrauche zu halten ist und bei *C* sind die Messer nach Entfernung des Stiftes auseinander gelegt. Es bedarf jetzt nur, sie auch aus den Zapfen herauszuheben, um sie vollständig zu trennen und zu reinigen. Das am Handgriff selbst zurückbleibende Messer kann für sich als einfaches Stichel- und Scarificationsmesser, sowie als Bistouri verwendet werden, ebenso ist es möglich blos zwei oder drei Messer in Verwendung zu bringen.

Für klinische Zwecke bedarf das Instrument keines weiteren Schutzes, zum Zwecke der Unterbringung in einem Verbandetui ist das Instrument dahin modificirt, dass die zusammengestellten Klingen wie bei einem gewöhnlichen Taschenmesser in den Griff umgelegt werden.

Diese Lupotome sind bei Herrn Instrumentenmacher J. Mang in Prag um den Preis von 7 respective 10 Gulden zu beziehen.

[1]) Vor Kurzem ist mir ein Instrument, welches nach Angabe des Collegen Wolff in Strassburg gearbeitet wurde, zu Gesichte gekommen, das auf ähnlichen Principien beruht.



# ANHANG.

## Theorie der Morbilität- und Mortalität-Statistik und ihre Anwendung zur Untersuchung der Prostitution und Syphilis.

Von

**Dr. Ed. Sperk,**

Oberarzt am städt. Kalinkin-Krankenhause zu St. Petersburg.

(Aus dem Russischen vom Verfasser übersetzt und im Auszuge mitgetheilt.)

Natura in minimis — maxima.

Seit 1. November 1871 wurde auf meinen Vorschlag im Kalinkin-Krankenhause die Kartenstatistik eingeführt. Eine jede Kranke erhält bei ihrer erstmaligen Aufnahme ins Krankenhaus eine besondere Karte, worauf ausser Vor- und Familienname, noch ihr Alter, Beziehung zur Familie, Stand und Beschäftigung aufnotirt werden. Beim Verlassen des Krankenhauses werden auf dieser Karte aus der Krankengeschichte kurze Angaben über Verlauf und Behandlung der Krankheit gemacht. Jeder folgende Eintritt der Kranken wird, während einer Reihe von Jahren, auf derselben Karte einer unter dem anderen eingetragen. Die Form der Karten und der zu machenden Angaben wurde in der Collegialversammlung der Aerzte des Kalinkin-Krankenhauses geprüft und bestätigt. Im Jahre 1876 begann ich mein Morbilitäts- und Mortalitäts-Diagramm in Bezug auf Prostituirte öffentlicher Häuser zu zeichnen.

In zwei Schriften[1]), vom Jahre 1873 und 1877 machte ich nach Bearbeitung des jeweilig angehäuften Materials das ärztliche Publikum mit den von mir erzielten Resultaten bekannt.

[1]) Sammlung von Aufsätzen über gerichtliche Medicin u. and. 1873, Bd. 2 und 1877 Bd. 1.

Das jetzt vorliegende Material umfasst einen Zeitraum von über neun Jahren und gestattet nur eben die Berührung solcher Fragen. welche zu ihrer wirklichen Lösung einer viel längeren Beobachtungsperiode bedürfen.

Vor Uebergang zum eigentlichen Gegenstande der Untersuchung werden einige allgemeine Bemerkungen über die zu verwendende Methode vorausgeschickt.

## I.

Das Material besteht:

1. Aus einzelnen Karten, worauf alle Angaben bis zum Tode oder Streichung aus dem Prostituirtenstande gemacht wurden, folglich ein allen Forderungen der von Körösi im Jahre 1876 empfohlenen individuellen Methode vollkommen genügendes Material.

2. Aus dem Morbilitäts- und Mortalitäts-Diagramm, das den Gesammtbestand des Jahres 1876 darstellt. Seiner Idee nach gleicht es der von Becker und Lewin empfohlenen geometrischen Bearbeitungsmethode des Materials.

Folgendes ist mein Verfahren zur Herstellung des Diagramms:

Wenn wir auf der Horizontallinie, welche den Lauf der Zeit darstellt, durch gleichweit abstehende Punkte Stücke abschneiden, welche gleiche Zeiträume, z. B. Jahre darstellen, und durch diese Punkte verticale Linien ziehen, so erhalten wir von gleichweit abstehenden parallellaufenden Linien begrenzte Flächenstücke; so dass der zwischen der ersten und zweiten Parallele eingeschlossene Raum dem ersten Untersuchungsjahre, derjenige zwischen der zweiten und dritten dem zweiten Jahre entspricht.

Selbstverständlich kann der Raum zwischen den Linien in zwölf Theile getheilt werden, so dass jede aus den Punkten 1, 2, 3 . . . gezogene Parallele Monate trennen wird, welche wieder durch parallellaufende Linien in Tagabschnitte getheilt werden können. Alle solche verticalen Linien sollen Zeitparallele heissen.

Sodann ziehen wir in gleichen Zwischenräumen unter jener ersten Horizontallinie parallele Gerade. Der einzelne Zwischenraum muss gross genug sein, um gewisse vereinbarte Zeichen der zu notirenden Thatsachen bequem enthalten zu können. Wir nennen alle horizontal laufenden Linien Individualparallele.

Wir weisen jeder aufgenommenen Person in der Reihenfolge des erstmaligen Eintritts je eine Horizontallinie zu. Jeden Aufenthalt



derselben markiren wir, indem wir die Linie in der entsprechenden Ausdehnung verdicken.

Die Linie, welche alle Punkte des ersten Eintritts der einzelnen Individuen verbindet, nennen wir die Initiallinie der Beobachtung. Ist dieselbe eine Gerade, so wird dadurch ausgedrückt, dass in gleichen Zeiträumen immer gleich viel Kranke eingetreten sind. Der Leser wird leicht finden, in welcher Art die Ungleichmässigkeiten des Krankeneinlaufs durch verschiedene Art der Krümmung der Initiallinie gebildet sind:

Je steiler an einer Stelle diese Linie verläuft, desto zahlreicher sind um die entsprechende Zeit die Aufnahmen, je flacher die Linie, desto spärlicher die Aufnahmen.

Ich bin fest überzeugt, dass eine jede Epidemie, eine jede Endemie ihre eigenen charakteristischen Initiallinien aufzuweisen hat und ziehe, die technische Leichtigkeit der Ausführung ungeachtet, die graphische Methode besonders für die medicinische Statistik vor. Ich bin überzeugt, dass weitere Untersuchungen auf dem Felde der Statistik der Epidemien zeigen werden, welch grosse Bedeutung die Erlernung der Initiallinien habe, und, bei vorhandenen Epidemien, wird die Kenntniss der Initialcurve für den Sanitärarzt gleich wichtig, wie am Bette des Fieberkranken für den Therapeuten die Temperaturcurve sein.

Auf den Individualparallelen ist nun zu vermerken: Der Zeitpunkt des etwa erfolgten frühzeitigen Todes durch das Zeichen: +, jenes des Austrittes aus dem Prostituirtenstande durch: >. Einige Individuen überdauern eine gewisse Maximalzeit der Zugehörigkeit zum Prostituirtenstande.

Wir markiren nun auf jeder Individualparallele den Punkt, welcher dem Endpunkt dieses Zeitraumes entspricht. Die Verbindungslinie dieser neuen Punkte heisst Terminallinie, und läuft offenbar zur Initiallinie parallel, insolange jene Maximalfrist dieselbe bleibt.

Wir können nun auch zwischen Initial- und Terminallinien Parallele ziehen; sie verbinden Zeitpunkte, zu welchen seit dem ersten Eintritt der einzelnen Person je der gleiche Zeitraum verflossen ist, und sollen Isochronen heissen.

Wollen wir nun auch die Kranken, deren erster Eintritt in das folgende Jahr fällt, in unser Diagramm aufnehmen, so ist das Schema nach unten hin zu wiederholen, und so weiter für die späteren Jahre.



Selbstverständlich rückt, je weiter wir nach unten gehen, um so mehr der ausgefüllte Theil des Diagramms nach rechts hin.

Wir denken uns jetzt das Diagramm auf die gesammte früher hervorgehobene „Maximalfrist“ ausgedehnt, also etwa auf 30 Jahre (1871—1901).

Wir besitzen dann eine Verticallinie, nämlich die dem 1. Jänner 1901 entsprechende, auf welcher der gesammte Bestand dieses Tages abgebildet erscheint. In ihr endet die Initiallinie unten, und beginnt die Terminallinie oben. Es springt in die Augen, dass somit zur vollständigen Würdigung des durch Zählung an einem Tage zu ermittelnden Präsenzmaterials Beobachtungen erforderlich sind, welche durch 60 Jahre, die doppelte Dauer jener Maximalfrist, fortgesetzt sind.

Wenn, wie thatsächlich der Fall ist, nur seit um Vieles kürzere Zeit statistische Aufnahmen gewonnen worden sind, so wird man sich auf Ausfindigmachung der wahrscheinlichsten Consequenzen beschränken müssen.

Selbstverständlich kann das Diagramm sowohl nach unten, das heisst nach der Seite der Zukunft, als nach oben, das ist nach der Seite der Vergangenheit, sei es auf Grund neuen, thatsächlichen Materials, sei es auf Grund von Wahrscheinlichkeitsberechnungen aus dem schon vorhandenen, fortgesetzt werden.

## II.

Um das statistisch aufzunehmende Material in das oben dargelegte Schema einzuordnen, bedarf es der Kenntniss einiger fundamentaler Grössen, insbesondere jener schon wiederholt in Frage gekommenen Maximalfrist der Zugehörigkeit einer Person zum Prostituirtenstande. Da die Beantwortung hierauf bezüglicher Fragen von Seite der Prostituirten selbst kaum glaubwürdige Angaben geliefert hätte, so ist vorgezogen worden, die wahrscheinliche Grösse dieser Maximalfrist aus dem im Krankenhause selbst gesammelten thatsächlichen Material zu berechnen. Zu diesem Zwecke wurde für die sämmtlichen Beobachtungsjahre eine Tabelle zusammengestellt, welche folgende Grössen enthält:

1. Die Zahl sämmtlicher in jedem Jahre $m$ im Krankenhause befindlichen Prostituirten: $a_m$



2. Die Zahl der im Jahre $m$ zum erstenmale aufgenommenen Prostituirten: $x_m$

3. Die Zahl der von diesen $x_m$ Personen noch im Jahre $(m + 1)$, $(m + 2)$. . . . allgemein im Jahre $(m + n)$ im Krankenhause verbliebenen resp. wiederaufgenommenen: $y_{m/1}$, $y_{m/2}$, . . . allg. $y_{m/n}$.

Die so construirte Tabelle liess zwischen diesen dreierlei Zahlen folgende Zusammenhänge mit verhältnissmässig grosser Constanz erkennen:

$$x_m = \frac{a_m}{3 \cdot 3}$$

$$y_{m/n} = \frac{a_m}{3 \cdot 3 + 1 + 2 + 3 + \ldots + n}$$

In der That sind die nach diesen Formeln berechneten Zahlen mit den durch die wirklichen Aufnahmen erhaltenen in recht guter Uebereinstimmung.

Mit Hilfe der zweiten von den angegebenen Formeln ist es jetzt leicht, jene Zahl $n$ von Jahren mit vieler Wahrscheinlichkeit ausfindig zu machen, nach Verlauf welcher von den im Jahre $m$ zum erstenmale aufgenommenen Prostituirten keine mehr im Krankenhause erscheint, so dass also $y_{m/n}$ genau oder wenigstens nahezu gleich Null ist. Es ergibt sich so, wenn für $m$ das Jahr 1881 gewählt, für $n$ etwa 31 Jahre. Hievon wird die zu ermittelnde Maximalfrist nicht wesentlich abweichen; was auch bestätigt wird durch die Thatsachen, dass erstens nach den bestehenden Gesetzen Mädchen nicht unter 16 Jahren in ein öffentliches Haus aufgenommen werden dürfen, und dass anderseits die ältesten Prostituirten, welche man zeitweilig in dem Gesammtbestande der Bordelldirnen enthalten findet, ein Alter von 45 bis höchstens 50 Jahren erreicht haben. Man wird nach Allem diesen jene Maximalfrist zu 33 Jahren ansetzen dürfen.

Wurde mit Rücksicht auf diese Grösse der Maximalfrist das Diagramm construirt, welches die aufgenommenen Daten versinnlicht, so zeigten sich folgende Resultate:

1. Die Initiallinie verläuft innerhalb eines Jahres leicht wellenförmig, im Ganzen und Grossen von einer geraden Linie nicht stark abweichend. Die stärksten Abweichungen finden sich jedesmal in den Festmonaten April und December, wo nämlich der Eintritt gegenüber den anderen Monaten merklich spärlicher erfolgt.

2. Die Initiallinie verläuft im Ganzen genommen in jedem folgenden Jahre steiler als im vorhergehenden, wodurch eine stetige Zunahme der Eintrittshäufigkeit angezeigt ist. Dies ist offenbar auf eine Zunahme der Gesammtzahl der Bordelldirnen, also in letzter Linie auf die Zunahme der Bevölkerung überhaupt zurückzuführen.

Es zeigt sich ferner bei Betrachtung des gesammten Materials eine merkwürdige Constanz des verhältnissmässigen Antheils an Prostituirten, der auf die einzelnen Buchstaben des Alphabets als Anfangsbuchstaben der Familiennamen entfällt. Einige Buchstaben sind dabei in constantem Verhältniss weit mehr, andere weit minder betheiligt.

Zwischen den oben erläuterten Grössen $a_m$, $x_m$, $y_{m/n}$ besteht noch ein Zusammenhang, der hier darzulegen ist. Offenbar setzt sich nämlich die Gesammtzahl der in einem Jahre im Krankenhause befindlichen Personen aus den da zum erstenmale anwesenden und den aus früheren Jahren zurückgebliebenen zusammen:

$$a_m = x_m + y_m,$$

wo

$$y_m = y_{m-1/1} + y_{m-2/2} + \cdot \cdot \cdot + y_{m-n/n}$$

ist. Es genügt, wie man gesehen hat, auf das dreissigste Jahr ($n = 30$) etwa der Vergangenheit zurückzugehen.

Während von den Dirnen öffentlicher Häuser etwa 90 Percent im Kalinkinspitale zur Beobachtung gelangen, treten von Einzelprostituirten nur etwa 30—40 Percent in dasselbe ein. Das gebotene Material, welches also nur einen kleineren Bruchtheil der Gesammtheit ausmacht, scheint doch das eine sicherzustellen, dass unter Einzelprostituirten ein schnellerer Austausch des Personals stattfindet, als unter denen öffentlicher Häuser.

## III.

Um die sanitäre Bedeutung der öffentlichen Häuser festzusetzen, erachte ich es für nothwendig, den Gesundheitszustand, der in solche Häuser eintretenden Frauenzimmer in Erfahrung zu bringen. Zu diesem Zwecke ist das Material von 1874—1881 inclusive, nach den Berichtjahren bearbeitet.





| Eintrittsjahr | Zahl der eingetretenen Frauenzimmer | Davon befanden sich in der condylomatösen Periode der Syphilis | Percent | In der gummösen Periode der Syphilis | Percent | Gesammtzahl der Syphiliskranken | Percent |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1874 | 313 | 60 | 19·1 | 8 | 2·6 | 68 | 21·7 |
| 1875 | 278 | 70 | 25·1 | 3 | 1·0 | 73 | 26·1 |
| 1876 | 339 | 82 | 24·1 | 1 | 0·2 | 83 | 24·5 |
| 1877 | 318 | 63 | 19·7 | 2 | 0·6 | 65 | 20·4 |
| 1878 | 348 | 90 | 25·8 | 4 | 1·1 | 94 | 27·0 |
| 1879 | 374 | 102 | 27·2 | 2 | 0·5 | 104 | 27·8 |
| 1880 | 357 | 72 | 20·1 | 3 | 0·8 | 75 | 21·0 |
| 1881 | 381 | 93 | 24·4 | 4 | 1·0 | 97 | 25·4 |
| Im Ganzen . | 2708 | 632 | 23·3 | 27 | 0·9 | 659 | 24·3 |

Somit gelangen wir, aus einer acht Jahre umfassenden Beobachtungsperiode, zu demselben Resultate, zu welchem ich im Jahre 1877 gekommen bin, nämlich von den in öffentliche Häuser eintretenden Frauenzimmern sind 24 Percent mit deutlichen Erscheinungen der Syphilis behaftet, worunter 23 Percent der frischen condylomatösen und 1 Percent der gummösen Syphilisperiode angehören.

Ausser den erwähnten Frauenzimmern, bei welchen die Syphilis schon im ersten Beobachtungsjahre auftritt, gibt es noch ein bestimmtes Percent solcher, theils der späten condylomatösen, theils der gummösen Syphilis angehörend, bei welchen krankhafte Erscheinungen erst bei weiterer Beobachtung in den folgenden Jahren auftreten.

Hier die Zahlen, welche ich nach den Isochronen auf Grund des ganzen Materials von October 1871 bis 1. Jänner 1881 erzielt habe:

In dieser Zeitperiode traten im Ganzen 4470 Bordell-Prostituirte ein.





| Davon erreichten die Isochrone | In dieser Zeitperiode traten Erscheinungen auf der condylom. Periode | Percent | der gummösen Periode | Percent |
|---|---|---|---|---|
| des 2. Jahres 3138 . . . | bei 139 | 4·3 | 7 | 0·2 |
| „ 3. „ 2084 . . . | „ 68 | 3·2 | 9 | 0·4 |
| „ 4. „ 1374 . . . | „ 46 | 3·4 | 8 | 0·5 |
| „ 5. „ 919 . . . | „ 12 | 1·2 | 4 | 0·4 |
| „ 6. „ 607 . . . | „ 9 | 1·4 | 5 | 0·8 |
| „ 7. „ 370 . . . | „ 10 | 2·7 | 1 | 0·2 |
| „ 8. „ 221 . . . | „ 1 | 0·4 | 2 | 0·9 |
| „ 9. „ 109 . . . | „ 3 | 2·7 | 0 | 0·0 |
| Im Ganzen . | bei 281 | 19·4 | 36 | 3·4 |

Wären alle 3138 Frauenzimmer im Laufe der folgenden acht Jahre geblieben, so wären ungefähr bei 19 Percent von ihren Erscheinungen der späten condylomatösen und bei 3 Percent der gummösen Syphilis aufgetreten, wenngleich diese Frauenzimmer im ersten Jahre ihres Eintritts als gesund betrachtet wurden.

Damit ist jedoch die Aufzählung der Frauenzimmer, welche an Syphilis vor ihrem Eintreten in öffentliche Häuser erkrankten, noch nicht abgeschlossen. Wir sahen, dass eine bestimmte Anzahl Frauenzimmer, welche an Syphilis vor ihrem Eintreten in öffentliche Häuser erkrankten, erst bei weiterer Beobachtung krankhafte Erscheinungen aufzuweisen haben, selbstverständlich müssen auch solche Frauenzimmer vorhanden sein, welche, vor ihrem Eintreten in öffentliche Häuser an leichter Syphilis erkrankt, nachher während vieler Jahre scheinbar vollkommen gesund bleiben (syphilisirt). Eine directe Registrirung der in öffentliche Häuser eintretenden syphilisirten Frauenzimmer ist unmöglich; indirect mit dem dazu nöthigen Materiale ist ihre Anzahl annähernd ziemlich richtig festzusetzen.

Zu diesem Zwecke ist zuvörderst die erfolgte Ansteckung mit Syphilis nach dem Eintreten in öffentliche Häuser, in Erfah-



rung zu bringen. Hier die betreffenden Zahlen nach den Jahresberichten.

Im Jahre 1881 wurden 1270 Bordell-Prostituirte behandelt.

| Jahr des erstmaligen Eintretens ins Krankenhaus | Zahl der Frauenzimmer | Davon waren krank: An Syphilis der condylom. u. gummösen Periode | Davon waren krank: Syphilisirt[1]) | Davon waren krank: Gesund[2]) | Von den Gesunden erkrankten an Syphilis | Percent d. Erkrankten zum Gesammtbestande | Percent d. Erkrankten zur Zahl der Gesunden |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1881 . . . | 381 | 25·4% 97 | — | 74·6% 284 | 65 | 17·0 | 22·8 |
| 1880 . . . | 262 | 44·6% 117 | 12·2% 32 | 43·2% 113 | 34 | 12·9 | 30·1 |
| 1879 . . . | 185 | 48·4% 90 | 31·3% 58 | 20·3% 37 | 4 | 2·1 | 10·8 |
| 1878 . . . | 148 | 43·2% 64 | 41·8% 62 | 15·0% 22 | 1 | 0·7 | 4·5 |
| 1877 . . . | 90 | 44·4% 40 | 41·1% 37 | 14·5% 13 | 0 | 0 | 0 |
| 1876 . . . | 58 | 29·3% 17 | 44·8% 26 | 25·9% 15 | 0 | 0 | 0 |
| 1875 . . . | 30 | 30·0% 9 | 53·3% 16 | 16·7% 5 (1877–1873 u. früher zusammen: 21·4%) | 0 | 0 | 0 |
| 1874 . . . | 26 | 30·8% 8 | 38·4% 10 | 30·8% 8 | 0 | 0 | 0 |
| 1873 u. früher | 90 | 30·0% 27 | 45·5% 41 | 4·5% 22 | 0 | 0 | 0 |
| Im Ganzen . | 1270 | 36·9% 469 | 22·2% 282 | 40·9% 519 | 104 | 8·1 | 20·0 |

Aus diesen für das Berichtjahr 1881 bearbeiteten Zahlen ist ersichtlich: a) dass der Percentsatz der an Syphilis erkrankenden Frauenzimmer aus dem Gesammtbestande, nach den beiden ersten Jahren der Zugehörigkeit zu öffentlichen Häusern, rapid abnimmt, so dass bei Frauenzimmern, welche vor vier Jahren eingetreten, der Percentsatz der Erkrankten = 0·7; b) dass von der Zahl der scheinbar Gesunden der in den beiden ersten Jahren ziemlich bedeutende

[1]) Syphilisirt sind die Frauenzimmer benannt, bei welchen Syphilis in den vorhergehenden Jahren constatirt, doch im Laufe des Jahres 1881 frei von Erscheinungen blieben.

[2]) In die Rubrik der Gesunden sind jene Frauenzimmer eingetragen an denen bis 1881 Syphilis nicht constatirt ward.

Percentsatz der Erkrankten in den folgenden zwei Jahren rapid abnimmt und endlich c) dass unter Frauenzimmern, welche öffentlichen Häusern über vier Jahre angehörten (290 Personen), trotzdem unter ihnen 63 Frauenzimmer, an denen Syphilis niemals constatirt ward, aufzuweisen sind, im Laufe des Jahres 1881 kein einziger Erkrankrankungsfall vorkam. Selbstverständlich sind diese 63 Frauenzimmer, welche von 4—30 Jahren öffentlichen Häusern angehörten, kraft der noch vor Unterstellung unter Aufsicht des polizei-ärztlichen Comités bereits acquirirten Syphilis vor Ansteckung garantirt. Dieselben Resultate ergeben sich aus der entsprechenden Zusammenstellung für jedes der vorhergegangenen Jahre.

Vergleicht man aber diese Zusammenstellungen untereinander, so ist leicht zu sehen, wie veränderlich der Sanitätszustand des Gesammtpersonales der Bordell-Prostituirten ist. Wir begegnen im ersten Jahre nach dem Eintritt 75 Percent der Frauenzimmer, an welchen Syphilis nicht constatirt wurde und welche deshalb als gesund betrachtet werden. Im darauf folgenden Jahre nimmt die Zahl der gesund erscheinenden Frauenzimmer rapid ab, weil ein gewisser Percentsatz erst inficirt wird, bei anderen Erscheinungen der später condylomatösen oder gummösen Syphilisperiode auftreten, während wieder andere, bei denen die Erscheinungen der Syphilis nachgelassen, in die Reihe der thatsächlich constatirten Syphilisirten übertreten. Nach Verlauf des dritten Jahres, wo neue Ansteckungen höchst selten vorkommen, beginnt der Percentsatz der mit deutlichen Syphiliserscheinungen behafteten allmälig nachzulassen, während der Percentsatz der in die Rubrik der Syphilisirten übertretenden Frauenzimmer zunimmt. Nach Verlauf von fünf oder sechs Jahren hören neue Inficirungen schliesslich ganz auf, trotzdem unter dem Personale ein gewisser Percentsatz scheinbar vollkommen gesunder Frauenzimmer verbleibt. Diese Thatsache wird noch augenscheinlicher, wenn wir die Angaben für die verschiedenen Jahre kurz zusammenstellen.

Thatsächlich oder scheinbar gesunde Frauenzimmer:

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Von 2119 Frauenzimmern, | das | 1. Jahr | eingetreten | . . . . | 76·5% |
| „ Frauenzimmern, welche | „ | 2. „ | zurückblieben | 1605 | . 45·9 „ |
| „ „ „ | „ | 3. „ | „ | 1035 | . 26·6 „ |
| „ „ „ | „ | 4. „ | „ | 558 | . 21·8 „ |
| „ „ „ | „ | 5. „ | „ | 316 | . 20·5 „ |
| „ solchen die über fünf Jahre verblieben | | | . . . . | 823 | . 21·8 „ |

Folglich gibt es unter Frauenzimmern, welche über fünf Jahre öffentlichen Häusern angehörten, circa 21 Percent scheinbar ganz Gesunder, die jedoch vor Ansteckung garantirt sind. Selbstverständlich kann eine derartige Garantie nur kraft der noch vor Eintritt in öffentliche Häuser acquirirten leichten Syphilis erworben sein.

Stellen wir in der That eine vergleichende Tabelle der Erkrankungen her, indem wir die Frauenzimmer nach der Dauer ihrer Zugehörigkeit zu öffentlichen Häusern gruppiren, so finden wir, dass

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| im 1. Jahre nach dem Eintritt von | 2119 | erkrankten | 313 = | 14·7% |
| „ 2. „ „ „ „ „ | 1605 | „ | 231 = | 14·3 „ |
| „ 3. „ „ „ „ „ | 1035 | „ | 43 = | 4·1 „ |
| „ 4. „ „ „ „ „ | 558 | „ | 9 = | 1·6 „ |
| „ 5. „ „ „ „ „ | 316 | „ | 3 = | 0·9 „ |
| über fünf Jahre von . . . . . . . | 823 | „ | 1 = | 0·1 „ |

Folglich müssen die 21 Percent der scheinbar Gesunden, welche unter Frauenzimmern, die über fünf Jahre öffentlichen Häusern angehörten, vorkommen, zur Zahl der Syphilisirten, resp. der Frauenzimmer, die Syphilis vor Eintritt in öffentliche Häuser erwarben, zugezählt werden.

Auf Grund alles Erwähnten, sind wir vollauf berechtigt, folgende Grundsätze hinsichtlich des Gesundheitszustandes der in öffentliche Häuser eintretenden Frauenzimmer aufzustellen.

Zur Zahl der Eintretenden gehören:

| | |
|---|---|
| Frauenzimmer mit deutlichen Erscheinungen der condylomatösen Syphilis . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | 23·3% |
| Frauenzimmer mit deutlichen Erscheinungen der gumm. Syphilis | 0·9 „ |
| Frauenzimmer, bei denen erst in der Folge Erscheinungen auftreten: der condylomatösen Syphilis . . . . . . . . . | 19·4 „ |
| „ gummösen „ . . . . . . . . . | 3·4 „ |
| Syphilisirte Frauenzimmer (resp. solche, die Syphilis noch vor Eintritt in Bordelle bereits überstanden) . . . . . . . | 21·8 „ |
| Im Ganzen an Syphilis Leidende . | 68·8% |

Folglich treten nur 31·2 Percent wirklich gesunder Frauenzimmer in öffentliche Häuser ein.

Auf obigen Tabellen ist der Erkrankungslauf der eingetretenen gesunden Frauenzimmer leicht zu verfolgen und die Ueberzeugung zu gewinnen, dass Inficirungen nur während der ersten drei Jahre stattfinden, so dass mit höchst wenigen Ausnahmen, von Frauenzimmern,

welche über fünf Jahre öffentlichen Häusern angehörten, keine einzige frei von Syphilis (unangesteckt) bleibt.

Das Gesammtpersonal der Bordell-Prostituirten eines beliebigen Jahres kann in zwei in sanitärer Hinsicht ziemlich verschiedene Gruppen eingetheilt werden:

1. Die Gruppe der Frauenzimmer, welche nicht über drei Jahre in öffentlichen Häusern zugebracht haben. Diese Gruppe wird gebildet von Frauenzimmern, welche vor Kurzem an Syphilis erkrankt sind, bei denen daher auch die condylomatöse Krankheitsperiode mit häufigen Recidiven überwiegend ist.

2. Die Gruppe der Frauenzimmer, welche über drei Jahre in öffentlichen Häusern zugebracht haben. Hier gibt es wenig Kranke mit frischen condylomatösen Syphiliserscheinungen, umsomehr Syphilisirte und solche mit gummösen Syphiliserscheinungen.

In Folge der herrschenden Eintauschverhältnisse des Personals der Prostituirten bildet die in sanitärer Beziehung am meisten gefährliche erste Gruppe stets zwei Drittel des Gesammtpersonales. Der Mangel an Verordnungen, nach welchen Frauenzimmern mit frischen Erscheinungen der condylomatösen Syphilis die Aufnahme in öffentliche Häuser verboten wäre, macht aus Bordellen für eine Menge Frauenzimmer eine reine Zufluchtsstätte, wo sie sich zum Nachtheile der Volksgesundheit während des ganzen Verlaufs der condylomatösen Periode der vordem erworbenen Syphilis aufhalten.

## IV.

Eine wichtige Aufstellung sanitärer Fragen hinsichtlich der Uebertragung von Syphilis durch die Prostitution, innerhalb der Fabriken und Familien, sowie therapeutischer Fragen (wann eigentlich die specifische Behandlung anzufangen, wie mit derselben fortzufahren und wann damit aufzuhören ist), ist nur bei gründlicher Kenntniss des Verlaufes der Syphilis möglich. Wir wissen, wie verschiedenartig, ja diametral entgegengesetzt die Ansichten in Bezug auf eine jede der erwähnten Fragen in der speciellen Literatur sind, und es beruht diese Verwirrung in Fragen von höchst praktischer Bedeutung fast gänzlich auf der Unkenntniss der Gesetze des Verlaufs der Syphilis. Erforschung resp. Formulirung dieser Gesetze ist freilich keine leichte Aufgabe.



Die grösste Schwierigkeit beruht dabei auf dem ausserordentlich verschiedenartigen Verlaufe der ihrem Wesen nach chronischen, mitunter sehr langwierigen Krankheit.

Schon bei flüchtigem Durchsehen mehrerer Tausende Krankheitsgeschichten von syphilitischen Frauenzimmern, die zu unserer Verfügung standen, können wir uns leicht überzeugen, dass ihrer Intensität nach die Syphilis in dreifacher Hinsicht eingetheilt werden kann: a) Syphilis mit sehr kurzem Verlauf (sichtbare Erscheinungen während einiger Monate) und sehr langwierige Syphilis (sichtbare Affectionen während einer ununterbrochenen Reihe von Jahren); b) leichte, gleichsam auf der Oberfläche des Körpers hingleitende Syphilis und alle Gewebe und Organe befallende Syphilis; c) gutartige Syphilis (wobei nach Verschwinden dieses oder jenes Symptoms die Gewebe in den früheren Zustand zurückkehren und eingreifende Gewebsverluste nicht vorkommen) und bösartige Syphilis (wo jede Erscheinung angefangen von der Initialsklerose, einen destructiven Charakter trägt und stets mit mehr oder weniger eingreifenden Gewebsverlusten an Stellen des Ausbruchs der Krankheit endigt). Wir formulirten nur die äusseren Grenzen dieser drei Haupteigenschaften des Ausbruches der Krankheit nach ihrer Dauer (Zeit), Ausdehnung des Processes (Localisation) und Bösartigkeit (Charakter). Nehmen wir jedoch eine dieser Eigenschaften behufs Classification als leitendes Princip an, so sehen wir, dass zwischen den äusseren Grenzen eine Reihe allmälig in einander übergehender Formen liegt, so dass Fälle, welche einer der erwähnten Classen angehören, leichter auf die Scala der allmälig zunehmenden Verschärfung des gegebenen Symptoms unterzubringen, als in mehrere Gruppen zu vertheilen sind.

Wir wissen, welch grosse Bedeutung die condylomatöse Syphilisperiode in sanitäter Hinsicht hat. Die Krankheit kann während der ganzen Dauer der condylomatösen Periode nicht allein beim Vorhandensein äusserer Erscheinungen, sondern auch in den freien Zwischenräumen, welche auf einander folgende Recidive (äussere Erscheinungen) trennen, übertragen werden. Es ist daher im höchsten Grade wichtig die Dauer der condylomatösen Periode zu kennen. Es existiren jedoch in der condylomatösen Periode Intervalle scheinbar vollkommener Genesung von ungleicher Dauer (latenter oder richtiger interrecidiver Zwischenraum); es ist daher vorläufig nöthig, zu bestimmen, wie viel Zeit vom letzten Auftreten der Krankheit vergehen

muss, um mit Sicherheit keiner weiteren Ausbrüche der condylomatösen Periode gewärtig zu sein.

Bei meinen Untersuchungen nahm ich ein Jahr vollkommener Genesung als Zeichen, dass die condylomatöse Periode aufgehört nach Bärensprung[1]) an; übrigens betrachte ich diese Frage bis auf weitere genauere Untersuchungen als ungelöst. Um die Lösung der Frage über die Zeitdauer der condylomatösen Periode zu ermöglichen, müssen uns Frauenzimmer, die während mehrerer Jahre in beständiger Beobachtung standen, das Material liefern. Bei oben erwähnten Eintauschverhältnissen des Gesammtpersonals der Bordell-Prostituirten fanden wir nur 257 Frauenzimmer, welche seit der Zeit des indurirten Schankers mit dem darauf folgenden (allgemeinen) Exantheme während vier Jahre in Beobachtung standen und 551 Frauenzimmer, welche das erste Mal ins Krankenhaus mit Erscheinungen der condylomatösen Syphilisperiode aufgenommen und gleichfalls während vier Jahre beobachtet wurden. Folgende zwei Tabellen enthalten die Resultate der Untersuchung dieser beider Gruppen nach den Isochronen.

Vergleichen wir beide Tabellen, so kommen wir zu dem Schlusse, dass zur Zahl der Frauenzimmer, welche das erste Mal mit bereits entwickelten Erscheinungen der condylomatösen Syphilisperiode ins Krankenhaus eintraten, ein bedeutender Percentsatz solcher gehört, die kurz vor Eintritt in öffentliche Häuser inficirt wurden. Es kön-

| Vom Momente der Syphiliserkrankung beobachtete Frauenzimmer | Zahl der Frauenzimmer, die Recidive bekamen | Zahl der Eintritte ins Krankenhaus wegen Syphilis | Auf 100 Frauenzimmer wie viel Eintritte |
|---|---|---|---|
| Das 1. Jahr nach (Erkrankung) (in 12 Monaten) . . | 257 | 651 | 253 |
| „ 2. „ idem . . | 47·0% 121 | 201 | 166 |
| „ 3. „ idem . . | 35·0% 90 | 121 | 134 |
| „ 4. „ idem . . | 20·6% 53 | 73 | 137 |

[1]) Nach Diday kommen 135 Tage auf schwere und 302 Tage auf leichte Syphilisformen.



| Frauenzimmer, welche das erste Mal ins Krankenhaus mit Erscheinungen der condylomatösen Syphilisperiode eintraten | Zahl der Frauenzimmer, die Recidive hatten | Zahl der Eintritte ins Krankenhaus wegen Syphilis | Auf 100 Frauenzimmer wie viel Eintritte |
|---|---|---|---|
| Das 1. Jahr (in 12 Monaten) . . . | 551 | 997 | 180 |
| „ 2. „ idem . . . | 37·0%<br>204 | 324 | 158 |
| „ 3. „ idem . . . | 29·0%<br>162 | 223 | 137 |
| „ 4. „ idem . . . | 18·6%<br>103 | 134 | 130 |

nen daher diese beiden Tabellen zur Erklärung der Dauer der condylomatösen Syphilisperiode bei verschiedenen Frauenzimmern dienen. Wir sehen, dass bei 53 Percent äussere Erscheinungen der condylomatösen Periode bereits im ersten Jahre nach der Infection aufhören und bei 20 Percent noch im Laufe des vierten Jahres vorkommen.

Da die Anzahl der über vier Jahre in Beobachtung verbleibenden Prostituirten sehr gering ist, so sind Percentangaben von keiner Bedeutung und ich erwähne nur die absoluten Zahlen der während einer zehnjährigen Periode beobachteten Fälle von weit langwierigerem Verlaufe der condylomatösen Periode bei Frauenzimmern, welche vom Anfange der Infection in Beobachtung standen.

Das 5. Jahr nach der Infection 14 Frauenzimmer
„ 6. „ „ „ „ 9 „
„ 7. „ „ „ „ 2 „
„ 8. „ „ „ „ 0 „
„ 9. „ „ „ „ 0 „

Aus Obigem wird klar, dass die Dauer der condylomatösen Periode zwischen mehreren Monaten und sieben Jahren schwankt und dass jede Theilung in Gruppen nach der Dauer des Verlaufes willkürlich sein wird; doch können alle Angaben auf der Zeitscala von sieben Jahren gemacht werden.

Doch ist damit die Frage noch nicht erledigt: Frauenzimmer von gleicher Dauer der condylomatösen Periode haben nicht gleich oft Recidive äusserer Krankheitserscheinungen aufzuweisen. Hier nach den Isochronen die Zahlen für Frauenzimmer, welche während vier Jahre beobachtet wurden.

| Frauenzimmer, welche vom Moment der Infection beobachtet wurden | Zahl der Eintritte ins Krankenhaus während eines Jahres (Recidive) | | | | | | Zahl der kranken Frauenzimmer | Gesammtzahl der Eintritte | Zahl der Recidive auf 100 erkrankte Frauenzimmer |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | | | |
| | M a l | | | | | | | | |
| 1. Jahr des Verlaufes der Krankheit (12 Monate) . | 25·2% 65 | 78 | 63 | 39 | 11 | 7 | 257 | 651 | 253 |
| 2. Jahr (12 Monate) . . . | 57·8% 70 | 34 | 9 | 5 | 2 | 1 | 121 | 201 | 78 |
| 3. „ idem . . . | 72·2% 65 | 21 | 3 | — | 1 | — | 90 | 121 | 47 |
| 4. „ idem . . . | 75·4% 40 | 10 | 1 | — | 2 | — | 53 | 73 | 28 |
| Im Ganzen . | | | | | | | 257 | 1046 | 406 |

Diese Tabelle ist von doppeltem Interesse. Sie gibt einerseits an, wie mannigfaltig bei verschiedenen Frauenzimmern die Zahl der Recidive in jedem Jahre während des Verlaufes der Krankheit ist; andererseits bringt sie noch mehr zur Evidenz, wie veränderlich mit der Zeit die sanitäre Bedeutung der an Syphilis erkrankten Prostituirten ist. Während des ersten Jahres nach der Infection kann bei 100 Frauenzimmern die Krankheit 253 Mal durch äussere Symptome zum Vorschein kommen (resp. den Culminationspunkt der Infectionsfähigkeit erreichen); während des zweiten Jahres kommen auf diese 100 Frauenzimmer nur 78 Recidive äusserer Syphiliserscheinungen, während des dritten nur 47 und während des vierten nur 28.

Nehmen wir die Zeitdauer als classificirende Grundlage an, so können wir uns leicht überzeugen, dass Fälle von gleicher Dauer der condylomatösen Periode und gleicher Anzahl der während dieser Zeit vorgekommenen Recidive trotzdem einander sehr ungleich sind; wir erblicken wieder einen nicht unbedeutenden Unterschied in der Existenzdauer der Krankheitserscheinungen bei einzelnen Frauenzimmern während der Recidive, daher auch in der Dauer lichter Zwischenräume, welche einzelne Recidive trennen. Selbstverständlich werden zwischen diesen äusseren Punkten der Scala, welche für jede Gruppe

einer bestimmten Anzahl von Recidiven die Zahl der kranken und gesunden Tage angibt, alle Zwischenfälle zu liegen kommen.

Fahren wir zu analysiren fort, so begegnen wir Fällen, wo die condylomatöse Periode in einem beliebigen Jahre ihres Verlaufes unmittelbar in die gummöse übergeht; wo andererseits nach Aufhören der condylomatösen Erscheinungen bis zum Auftreten der gummösen eine Zeit von mehreren Monaten, bis 10, sogar 15, vielleicht auch noch mehr Jahren, vollständigen Wohlseins vergeht; wo endlich, ungeachtet der langen Beobachtungszeit, Erscheinungen der gummösen Syphilis gänzlich ausbleiben.

Die zehnjährige Beobachtungsperiode ist nicht hinreichend, um Fragen über gummöse Syphilis statistisch zu bearbeiten. Daher können folgende absolute Fälle auch nur zur Illustrirung des Satzes dienen, dass der Uebergang in die gummöse Syphilis zu den verschiedensten Terminen stattfinden kann. Es erreichten von 772 mit primären Infections-Erscheinungen eingetretenen, doch höchst verschiedene Zeit in Beobachtung verbliebenen Frauenzimmern die gummöse Syphilis

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| während | des | 1. | Jahres | nach | der | Infection | 2 |
| „ | „ | 2. | „ | „ | „ | „ | 5 |
| „ | „ | 3. | „ | „ | „ | „ | 3 |
| „ | „ | 4. | „ | „ | „ | „ | — |
| „ | „ | 5. | „ | „ | „ | „ | 3 |
| „ | „ | 6. | „ | „ | „ | „ | 1 |
| „ | „ | 7. | „ | „ | „ | „ | — |
| „ | „ | 8. | „ | „ | „ | „ | 1 |

Wenn wir weiters noch die Verschiedenheit der Dauer sowohl der ersten als der zweiten Incubationszeit in Betracht ziehen, und erwägen, dass alle Abstufungen in jeder der besprochenen Haupthinsichten noch in allen denkbaren Combinationen sich einstellen können, so sehen wir, dass schon das Moment der Zeitdauer allein zu *unzähligen* Verschiedenheiten Anlass gibt.

Wie viel mehr ins Unzählbare nimmt die Mannigfaltigkeit des Objectes zu, wenn wir die weiteren Unterschiede in Betracht ziehen, die zwischen den einzelnen Fällen hervortreten! *Stärke und Form der Infiltration, Auswahl der befallenen Gewebstheile,* Gut- respective Bösartigkeit der Erkrankung, geben, jedes Merkmal

für sich zu den mannigfachsten Abstufungen Anlass und gehen auch wieder untereinander alle möglichen Combinationen ein.

Man kann gewiss behaupten, dass es nicht zwei völlig gleichartige Fälle von Syphilis gegeben hat oder geben wird; ein besonderer Fall eines ganz allgemeinen Naturgesetzes.

Wir wollen hier noch erwähnen, dass das von uns beobachtete Material von Herrn Dr. W. A. Kobylin in biologischer Hinsicht statistisch untersucht worden ist[1]), wobei sich unabhängig von unseren sanitären Unterscheidungen wieder die mannigfachsten Verschiedenheiten herausgestellt haben.

## V.

Bisher analysirte ich das zur Lieferung von wissenschaftlichen Resultaten geeignetste Material, nur einen Theil der Kranken umfassend, welche ins Kalinkinkrankenhaus eintreten, nämlich aus öffentlichen Häusern stammende, registrirte Frauenzimmer, Bordelldirnen, sog. Billetirte. Doch die Verbreitung der Syphilis fördern noch Einzel-Prostituirte, sogenannte Blankirte, sodann insgeheim Prostituirte (die Mehrzahl der freiwillig Eintretenden) und von anderen Behörden eingeschickte, nicht registrirte Frauenzimmer. Um ein volles Bild der Syphilis in der Prostitution zu erlangen, ist es daher nothwendig, das Material hinsichtlich der Syphilis unter Einzel-Prostituirten und freiwillig Eintretenden zu untersuchen. Uebrigens empfängt dieses Material erst die richtige Beleuchtung bei Vergleich desselben mit den genauen Angaben, welche durch Registrirung der Syphilis unter Bordelldirnen erlangt werden.

In den folgenden zwei Tabellen ist das ganze statistische Material des Krankenhauses, hinsichtlich der Syphilis, vom October 1871 bis 1. Jänner 1881, nach den Isochronen bearbeitet, dargestellt, wobei als Einzeldirnen nur jene Frauenzimmer gerechnet sind, welche niemals in einem öffentlichen Hause gelebt hatten.

Beide Tabellen sind von grossem Interesse, indem sie die sanitäre Bedeutung des Krankenhauses (im Sinne der Ausscheidung aus der Gesellschaft während der Dauer der Syphiliserscheinungen) hin-

[1]) Wachsthum, Gewicht und Brustumfang bei gesunden und syphilitischen Frauenzimmern auf Grund von Messungen und Wägungen, ausgeführt im städtischen Kalinkinkrankenhause. Dissertation 1877.



# Tabelle I.

**Vergleichende Tabelle der Kranken, welche seit Erscheinen des Schankers und des ersten Ausschlages constitutioneller Syphilis in Beobachtung waren.**

| Dauer der Beobachtung | Bordelldirnen seit October 1871 bis 1. Jänner 1881 — Zahl der Eintritte während des Jahres | | | | | | | Zahl der Frauenzimmer | Zahl der Eintritte | Zahl der Eintritte auf 100 Frauenzimmer | Einzeldirnen seit October 1871 bis 1. Jänner 1881 — Zahl der Eintritte während des Jahres | | | | | Zahl der Frauenzimmer | Zahl der Eintritte | Zahl der Eintritte auf 100 Frauenzimmer | Nichtregistrirte seit October 1871 bis 1. Jänner 1880 — Zahl der Eintritte während des Jahres | | | | | Zahl der Frauenzimmer | Zahl der Eintritte | Zahl der Eintritte auf 100 Frauenzimmer | Freiwillige seit October 1871 bis 1. Jänner 1879 — Zahl der Eintritte während des Jahres | | | | Zahl der Frauenzimmer | Zahl der Eintritte | Zahl der Eintritte auf 100 Frauenzimmer |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | | | |
| | | 68·5% | | | | | | | | | 51·4% | | | | | | | | | 22·9% | | | | | | | | 14·7% | | | | | |
| 1. Jahr . . | 243 | 216 | 163 | 90 | 43 | 14 | 3 | 772 | 1844 | 238 | 167 | 104 | 57 | 14 | 2 | 344 | 612 | 177 | 74 | 18 | 4 | — | — | 96 | 122 | 127 | 707 | 105 | 16 | 1 | 829 | 969 | 116 |
| 2. „ . . | 114 | 67 | 14 | 6 | 2 | 1 | — | 26·4% 204 | 303 | 161 | 43 | 12 | 1 | — | — | 16·2% 56 | 70 | 126 | 6 | — | — | — | — | 6·2% 6 | 6 | 100 | 17 | 4 | 1 | — | 2·6% 22 | 28 | — |
| 3. „ . . | 65 | 21 | 3 | — | 1 | — | — | 11·6% 90 | 120 | 134 | 10 | 2 | — | — | — | 3·4% 12 | 14 | 116 | 2 | — | — | — | — | 2·0% 2 | 2 | 100 | 2 | — | — | — | 0·2% 2 | 2 | — |
| 4. „ . . | 40 | 10 | 1 | — | 2 | — | — | 6·8% 53 | 73 | 137 | 4 | 2 | 1 | — | — | 2·0% 7 | 11 | — | 1 | — | — | — | — | 1 | 1 | — | 3 | — | — | — | 0·3% 3 | 3 | — |
| | | | | | | | | | 2368 | 306 | | | | | | | 707 | 205 | | | | | | | 131 | 136 | | | | | | 1002 | 120 |
| 5. „ . . | 13 | 1 | — | — | — | — | — | 14 | 15 | 107 | 4 | — | — | — | — | 4 | 4 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| 6. „ . . | 9 | — | — | — | — | — | — | 9 | 9 | 100 | 2 | — | — | — | — | 2 | 2 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| 7. „ . . | 2 | — | — | — | — | — | — | 2 | 2 | 100 | 3 | — | — | — | — | 3 | 3 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| 8. „ . . | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| 9. „ . . | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| Im Ganzen . | — | — | — | — | — | — | — | 772 | 2394 | 310 | — | — | — | — | — | 344 | 716 | 208 | — | — | — | — | — | 96 | 131 | 136 | — | — | — | — | 829 | 1002 | 120 |

# Tabelle II.

## Vergleichende Tabelle der Kranken, welche in der condylomatösen Syphilisperiode ins Krankenhaus eingetreten sind.

| Dauer der Beobachtung | Bordelldirnen von October 1871 bis 1. Jänner 1881 — Zahl der Eintritte während des Jahres mit Syphiliserscheinung: 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | Zahl der Frauenzimmer | Zahl der Eintritte | Zahl der Eintritte auf 100 Frauenzimmer |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 46·0% | | | | | | | | | |
| 1. Jahr . | 790 | 390 | 199 | 88 | 29 | 10 | 2 | 2 | 1518 | 2770 | 182 |
| 2. „ . | 225 | 81 | 37 | 15 | — | — | — | — | 23·5% 358 | 558 | 155 |
| 3. „ . | 128 | 46 | 10 | — | — | — | — | — | 12·1% 184 | 250 | 135 |
| 4. „ . | 81 | 15 | 5 | 2 | — | — | — | — | 103 | 134 | 130 |
| | | | | | | | | | | 3712 | 244 |
| 5. „ . | 48 | 10 | 1 | — | — | — | — | — | 59 | 71 | 120 |
| 6. „ . | 35 | 4 | 1 | — | — | — | — | — | 40 | 46 | 115 |
| 7. „ . | 14 | 4 | — | — | — | — | — | — | 18 | 22 | — |
| 8. „ . | 6 | 1 | — | — | — | — | — | — | 7 | 8 | — |
| 9. „ . | 3 | — | — | — | — | — | — | — | 3 | 3 | — |
| Im Ganzen | — | — | — | — | — | — | — | — | 1518 | 3862 | 254 |

| Dauer der Beobachtung | Einzeldirnen von October 1871 bis 1. Jänner 1881 — Zahl der Eintritte während des Jahres: 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Zahl der Frauenzimmer | Zahl der Eintritte | Zahl der Eintritte auf 100 Frauenzimmer |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 30·7% | | | | | | |
| 1. Jahr . | 525 | 169 | 62 | 12 | 4 | 772 | 1082 | 140 |
| 2. „ . | 82 | 18 | 2 | 1 | — | 13·3% 103 | 128 | 124 |
| 3. „ . | 32 | 8 | 3 | — | — | 5·5% 43 | 57 | 132 |
| 4. „ . | 15 | 5 | — | — | — | 20 | 25 | 125 |
| | | | | | | | 1292 | 167 |
| 5. „ . | 13 | 1 | — | — | — | 14 | 15 | — |
| 6. „ . | 5 | 1 | — | — | — | 6 | 7 | — |
| 7. „ . | 4 | 1 | — | — | — | 5 | 6 | — |
| 8. „ . | — | — | — | — | — | — | — | — |
| 9. „ . | 2 | — | — | — | — | 2 | 2 | — |
| Im Ganzen | — | — | — | — | — | 772 | 1322 | 171 |

| Dauer der Beobachtung | Nichtregistrirte von October 1871 bis 1. Jänner 1880 — Zahl der Eintritte während des Jahres: 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Zahl der Frauenzimmer | Zahl der Eintritte | Zahl der Eintritte auf 100 Frauenzimmer |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 10·5% | | | | | | |
| 1. Jahr . | 352 | 34 | 7 | 1 | 1 | 395 | 446 | 112 |
| 2. „ . | 11 | — | 1 | — | — | 3·0% 12 | 14 | — |
| 3. „ . | 7 | — | — | — | — | 1·7% 7 | 7 | — |
| 4. „ . | 3 | — | — | — | — | 0·7% 3 | 3 | — |
| | | | | | | | 470 | 119 |
| 5. „ . | 1 | 1 | — | — | — | 2 | 3 | — |
| 6. „ . | 3 | — | — | — | — | 3 | 3 | — |
| 7. „ . | — | — | — | — | — | — | — | — |
| 8. „ . | — | 1 | — | — | — | 1 | 2 | — |
| 9. „ . | — | — | — | — | — | — | — | — |
| Im Ganzen | — | — | — | — | — | 395 | 478 | 121 |

| Dauer der Beobachtung | Freiwillige von October 1871 bis 1. Jänner 1879 — Zahl der Eintritte während des Jahres: 1 | 2 | 3 | 4 | Zahl der Frauenzimmer | Zahl der Eintritte | Zahl der Eintritte auf 100 Frauenzimmer |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 11·9% | | | | | |
| 1. Jahr . | 1926 | 231 | 26 | 4 | 2187 | 2482 | 113 |
| 2. „ . | 38 | 5 | — | — | 1·9% 43 | 48 | — |
| 3. „ . | 11 | 1 | — | — | 12 | 13 | — |
| 4. „ . | 9 | 1 | — | — | 10 | 11 | — |
| | | | | | | 2554 | 116 |
| 5. „ . | 5 | — | — | — | 3 | 3 | — |
| 6. „ . | — | — | — | — | — | — | — |
| 7. „ . | 1 | — | — | — | 1 | 1 | — |
| 8. „ . | — | — | — | — | — | — | — |
| 9. „ . | — | — | — | — | — | — | — |
| Im Ganzen | — | — | — | — | 2187 | 2558 | 116 |

sichtlich einzelner in dasselbe eintretender Krankenkategorien beleuchten.

Wir verfolgten bisher den Verlauf der Syphilis bei 257 Bordell-Prostituirten während vier Jahre seit dem Auftreten primärer Erscheinungen; wenn wir die Folgerungen aus diesen Beobachtungen, welche der Wirklichkeit nahe kommen, als vergleichenden Massstab betrachten, so erhalten wir folgende Tabelle.

## Tabelle III.

| | Bei Bordellprostituirten, welche während vier Jahre seit dem Auftreten primärer Erscheinungen beobachtet waren | Bei den herrschenden Eintauschverhältnissen des Personals der Prostituirten und dem Verhalten der Bevölkerung zu der üblichen Behandlung im Krankenhause | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Bordelldirnen | | Einzeldirnen | | Nicht-registrirte | | Freiwillige | |
| | | Mit primären Erscheinungen eingetreten | Mit condylomatöser Syphilis eingetreten | Mit primären Erscheinungen eingetreten | Mit condylomatöser Syphilis eingetreten | Mit primären Erscheinungen eingetreten | In condylomatöser Periode eingetreten | Mit primären Erscheinungen eingetreten | In condylomatöser Syphilisperiode |
| Die Zahl der Eintritte im 1. Jahre auf 100 Frauenzimmer | 253 | 238 | 182 | 177 | 140 | 127 | 112 | 116 | 113 |
| In 4 Jahren . . . | 406 | 306 | 244 | 205 | 167 | 136 | 119 | 120 | 116 |
| Percent der Frauenzimmer mit wiederholten Eintritten im Laufe des | | | | | | | | | |
| 1. Jahres . . . | 74·8 | 68·5 | 46·0 | 51·4 | 30·7 | 22·9 | 10·8 | 14·7 | 11·9 |
| 2. " . . . | 47·0 | 26·4 | 23·5 | 16·2 | 13·3 | 6·2 | 3·0 | 2·6 | 1·6 |
| 3. " . . . | 35·0 | 11·6 | 12·1 | 3·4 | 5·5 | 2·0 | 1·7 | 0·2 | 0·5 |
| 4. " . . . | 20·6 | 6·8 | 6·7 | 2·0 | 2·5 | 1·0 | 0·7 | 0·3 | 0·4 |

Wie zu sehen ist, fanden wir von 4913 syphilitischen Frauenzimmern nur 257 Bordelldirnen, welche mit Genauigkeit, während vier Jahre seit dem ersten Erscheinen der Krankheit, bei jedem Recidive, das Krankenhaus aufsuchten. Die Uebrigen suchten bei ihren primären oder secundären Erscheinungen ausserhalb des Krankenhauses Rath und Hilfe nach, da Prostituirte den Personalbestand verlassen konnten, Freiwillige entweder ins Krankenhaus nicht ein-

treten mochten oder verhindert waren. Je nachdem die Krankenhaus-Behandlung mit den primären Erscheinungen oder in der condylomatösen Syphilisperiode begonnen, äussert sich dieses Minus für verschiedene Krankenkategorien folgendermassen:

Die Zahl der Eintritte ist um 100 Frauenzimmer in den vier Jahren geringer, als die normale (406).

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Bei | Bordelldirnen | von | 100—152 | Eintritte |
| „ | Einzeldirnen | „ | 201—239 | „ |
| „ | Nichtregistrirten | „ | 270—287 | „ |
| „ | Freiwilligen | „ | 286—290 | „ |

Dass dieser Unterschied nicht von der Verschiedenartigkeit des Krankheitsverlaufes bei verschiedenen Krankengruppen, sondern von der Behandlung ausserhalb des Krankenhauses abhängt, beweist am besten folgende Thatsache. Seit dem 23. October 1879 ist am Kalinkinkrankenhause für syphilitische Kranke ein Ambulatorium (mit unentgeltlicher Verabfolgung von Arzneien) eröffnet. Aus Dr. Kobylin's Berichte für das Jahr 1880 ist ersichtlich, dass die von ihm erzielten Zahlen über den Verlauf der Syphilis bei freien Frauenzimmern, welche ambulatorisch behandelt wurden, sich sehr den Zahlen nähern, welche hinsichtlich des Verlaufes der Syphilis bei Bordelldirnen, die ins Krankenhaus eintraten, erzielt wurden.

Folgende Tabelle ist, für Colonne 2 und 3, nach dem Berichtjahre 1880[*]) (die erste nach Isochronen) zusammengestellt.

Die in diesem Capitel gemachten Angaben können die Bedeutung der Krankenbehandlung in- und ausserhalb des Krankenhauses (ambulatorisch) erklären helfen. Wie aus den obenerwähnten Angaben (Tab. Nr. III) ersichtlich, wird, trotz strengster polizei-ärztlicher Controle, die über öffentliche Häuser herzustellen möglich ist, ein Viertel aller Recidive ausserhalb des Krankenhauses behandelt; von Blankirten (Einzeldirnen) tritt die Hälfte ins Krankenhaus ein, die andere Hälfte der Recidive lässt sich ausserhalb desselben curiren. Von Frauenzimmern, welche freiwillig eintreten, curirt sich im Krankenhause nur ein Viertel der Recidive.

---

*) Die nach Isochronen erzielten Zahlen übersteigen stets diejenigen der Berichtjahre, so gleicht z. B. die Zahl der Bordelldirnen, welche im ersten Jahre nach der Infection Recidive erlitten, nach Isochronen 68·5%, nach dem Berichtjahre 53·0%.

## Tabelle IV.

| | Freiwillige, welche das Krankenhaus vor Eröffnung des Ambulatoriums besuchten | Freiwillige, welche das Ambulatorium im Jahre 1880 besuchten | Bordelldirnen, welche im Jahre 1880 ins Krankenhaus eintraten |
|---|---|---|---|
| Für Frauenzimmer, welche seit primären Erscheinungen in Cur traten: Percent der Frauenzimmer, welche Recidive erlitten . . . . . . | 14·7 | 55·0 | 53·0 |
| Zahl der Erkrankungen auf 100 Frauenzimmer . . . . | 116 | 175 | 207 |
| Für Frauenzimmer, welche in condylomatöser Periode in Cur traten: Percent der Frauenzimmer, welche Recidive erlitten . . . . . . | 11·9 | 36·6 | 36·1 |
| Zahl der Erkrankungen auf 100 Frauenzimmer . . . . | 113 | 144 | 159 |

Aus diesen Angaben geht von selbst die Nothwendigkeit hervor, diesen Frauenzimmern verständige Hilfe ausserhalb des Krankenhauses zu gewähren. Wie der Versuch im Kalinkinkrankenhause bewiesen, erfüllt dieses Bedürfniss am besten die Errichtung eines Ambulatoriums am Krankenhause, wobei jeder Kranken die Möglichkeit gegeben ist, nach Umständen, Hilfe bettlägerig oder ambulatorisch nachzusuchen.

Schliesslich gestatte ich mir noch aus dem hier Gesagten einige Folgerungen zu ziehen.

1. Die medicinische Statistik wird erst dann auf wissenschaftlichen Boden gerathen, wenn sie die von der allgemeinen Statistik ausgearbeiteten Untersuchungsmethoden benutzen wird; daher ist der Beschluss des Pester internationalen statistischen Congresses, welcher die medicinische Statistik aus der Liste seiner Verhandlungen gestrichen, für die wissenschaftliche Entwicklung der medicinischen Statistik nur hinderlich.

2. Die Aufgaben der medicinischen Statistik zerfallen in zwei grosse Gruppen: 1. Statistik der Entwicklung von Krankheiten in der





Bevölkerung (als Theil der Demographie) und 2. Untersuchung über mittlere Morbilität des Organismus (als Theil der Biologie).

3. Statistische Untersuchungen über Prostitution und Syphilis gewähren nicht nur wissenschaftliches, sondern auch in hohem Grade praktisches Interesse, indem sie die Bedeutung sanitärer Massregeln beleuchten, als Basis der Prognostik und Grundlage der Erörterung verschiedener Behandlungsmethoden dienen.

4. Da die condylomatöse Syphilisperiode sich durch häufige Recidive höchst infectionsfähiger äusserer Krankheitserscheinungen (Schleimpapeln der Genitalien, der Mundlippen, der Zunge u. s. w.) charakterisirt, so ist sie in sanitärer Hinsicht als meist gefahrdrohend anzusehen. Daher ist ein in condylomatöser Periode sich befindendes Frauenzimmer zur Ausübung öffentlicher Prostitution mit gesunden Männern nicht zuzulassen. Sie kann weder als Bordell- noch als Einzeldirne in das Register öffentlicher Frauenzimmer (von denen gegenwärtig 23% aller in öffentliche Häuser neueintretender Frauenzimmer aufgenommen wird) eingetragen werden. Der Sanitärarzt ist nicht berechtigt, die Verantwortlichkeit für die Folgen geschlechtlichen Umganges mit solchem Frauenzimmer auf sich zu nehmen, gleichwohl ihm die genaueste Untersuchung im gegebenen Momente nicht die geringsten äusseren Krankheitserscheinungen zu Tage führen konnte. Ist ein Frauenzimmer in das Prostituirten-Register (gleichviel Bordell- oder Einzeldirne) bereits eingetragen und es treten bei ihr Erscheinungen condylomatöser Syphilis auf, so muss sie aus dem Register gestrichen werden.

5. Frauenzimmer, welche wegen condylomatöser Syphilis nicht aufgenommen oder aus dem Prostituirten-Register gestrichen sind, können nicht vor zwei Jahren wieder um ihre Aufnahme einkommen; treten bei einem auf diese Weise aufgenommenen Frauenzimmer, bei weiteren Untersuchungen, wieder Erscheinungen condylomatöser Syphilis auf, so wird sie abermals, mindestens auf ein Jahr, aus dem Register gestrichen. Ich bin der Ansicht, dass mit Hilfe dieser Massregel zu erreichen ist, dass das Prostituirtenpersonal vorzüglich aus Frauenzimmern bestehen wird, welche leichte Syphilisformen (syphilisirte) durchgemacht haben und in sanitärer Hinsicht möglichst gefahrlos sind. Aeusserst erwünscht wäre auch die Errichtung von öffentlichen Häusern, wo ausschliesslich Männer, welche Syphilis

haben oder gehabt hatten mit dem entsprechenden Frauenpersonale verkehrten.

6. Kein System der Syphilis-Behandlung, weder ausschliesslich im Krankenhause, noch ausschliesslich im Ambulatorium entspricht den Forderungen der Leute, welche das Unglück hatten, Syphilis zu bekommen. Die vernünftigste und am meisten nutzbringende Behandlung ist die gemischte: Der Kranke geniesst eines Bettes die ganze Zeit, so lange es die Erscheinungen der Krankheit oder die Umstände des Patienten verlangen, setzt die Behandlung im Ambulatorium fort, sobald es seine Umstände und die Erscheinungen der Krankheit gestatten; es ist daher an allen Krankenhäusern, wo venerische Krankheiten behandelt werden, die Errichtung von Ambulatorien äusserst erwünscht; ferner sollen nothwendig bei jedem selbstständigen Ambulatorium mehrere Betten zu temporärer Unterbringung solcher Kranken, welche zu erfolgreicher Behandlung der Ruhe bedürfen, vorräthig sein.



# Bericht über die Leistungen

auf dem

# Gebiete der Dermatologie und Syphilis.

---





# Hautkrankheiten.

## Anatomie, Physiologie, path. Anatomie, allg. Pathologie und Therapie.

**S. Pohl-Pinkus.** Das polarisirte Licht als Erkennungsmittel für die Erregungszustände der Nerven der Kopfhaut. (Berlin 1886, Eug. Grosser.)

Ausgehend von der Annahme, dass gewisse körperliche Erkrankungen oder tiefe Gemüthsbewegungen Veränderungen des Kopfhaares herbeiführen, suchte P.-P. den Zusammenhang zunächst an Typhus-Kranken zu erbringen. Später wurde seine Aufmerksamkeit auf den Haarausfall nach starken Gemüthsbewegungen gerichtet, und P.-P. bemühte sich zuerst die Norm und dann die durch psychische Affecte hervorgebrachten Abweichungen zu eruiren.

So fand er, dass bei gesteigertem Haarausfall nach Gemüthsbewegung unter den ausgefallenen Haaren immer eine grössere Zahl etwas verdickte „Wurzelknötchen" zeigte. Vorgenommene Messungen führten zu keinem Ziele, ebensowenig Färbungs- und Quellungsversuche, so dass P.-P. durch Brücke's Arbeit über den Bau der Muskelfasern angeregt das polarisirte Licht als Untersuchungsmittel herbeizog. Auch hiebei musste zunächst die Norm festgestellt werden.

P.-P. unterscheidet drei Typen von Wurzelknötchen.

Form A zeigt im polarisirten Lichte im centralen Theile des Knötchens Gelb oder Bräunlichroth I. Ordnung. Diese Form ist bei jungen gesunden Individuen allein vorhanden.

Form B zeigt eine längsovale Figur von Violett II oder Blau II oder Blaugrünlich II. — Diese Form tritt auf bei Reizungen und zwar der Zahl nach proportional der Reizstärke.

Form C zeigt im Oval Grün II, Gelb II, Orange II und wird nach körperlichen Erkrankungen und heftigen psychischen Erregungen gefunden.



Bessert sich das Befinden, tritt psychische Ruhe ein, dann verschwindet das Gelborange und folgt Violett in den Knötchen der ausfallenden Haare.

Bei Angst oder Verzweiflung können nach wenigen Tagen alle ausfallenden Haare auch junger Individuen Form III zeigen.

Entzündliche Affectionen der Kopfhaut erzeugen andere Formen der ausfallenden Haare und sind somit leicht auszuschliessen. Die eine Form endet bandartig ohne Knötchen, die zweite „ist durch den plötzlichen Ansturm der Circulationsstörung in seiner Continuität gelockert“. Bei psychischen Erregungen fehlen diese beiden Formen.

P.-P. folgert, dass es möglich ist, „durch Untersuchung der Wurzelknötchen der ausgefallenen Kopfhaare im polarisirten Lichte den jedesmaligen Ernährungs- resp. Reizungszustand mit Sicherheit zu messen, desgleichen das Schwanken des Processes stetig zu verfolgen“.

Dieses Verhalten gilt nur für die Kopfhaare. — Es kommen auch individuelle Schwankungen derart vor, dass manche Leute bei geringen Störungen bereits Form C im Haarausfalle zeigen. Bei normalen psychisch nicht erregten Menschen zeigen regelmässig alle Haartheilchen Form A.

Zur Demonstration des quantitativen Verhältnisses der drei Formen führt P.-P. über 30 Beobachtungen an, von welchen eine als Beispiel hier Platz finden möge:

Ein Officier von 32 Jahren von kräftigem Körperbau, hatte mit der vielfach üblichen Lebensweise reicher junger Leute ohne ernste Arbeit und ohne tiefergehende Ideale seit zwei Jahren abgeschlossen. Haarausfall 42.

17 Form A
16 „ B
9 „ C

Da fing er an Hazard zu spielen, anfangs nur in Kreisen von Cameraden, später in gemischter Gesellschaft um hohe Summen; angeblich mit kaltem Herzen. Im Uebrigen war er im Dienste stramm und flott. Auf einer Reise sehr bedeutende Verluste in Monte Carlo; starke nachhaltige Gemüthserregtheit bei anscheinend nicht getrübtem körperlichem Wohlbefinden. Entschluss den Militärdienst zu verlassen. Haarausfall: 76.

0 Form A
34 „ B
42 „ C

Eidliches Gelöbniss in die Hand des greisen, von ihm hochverehrten Vaters, dem Spiele definitiv zu entsagen. Auswanderung nach Südamerika.



Ankauf von Ländereien daselbst. Zwei Jahre später sehr günstiger Bericht über sein gesammtes Ergehen; glücklich verlobt. Haarausfall: 51.

24 Form A
18 „ B
9 „ C

Im Weiteren beschreibt der Autor genau die Farbennuancen, welche die drei Formen im polarisirten Lichte aufweisen, und gibt einige Bemerkungen über die Technik.

Die Ursache des geschilderten Verhaltens der Wurzelknötchen sieht der Verfasser in dem durch die psychische Störung bedingten unfertigen Abschlusse der Wurzelknötchen i. e. unvollständiger Verhornung, und lässt es dahingestellt, ob dabei nicht ein „direct trophischer" Einfluss auf die Bildung qualitativ anders gearteter Zellen eine Rolle spielt.

Der Einfluss der Befettung der Haare und andere naheliegende Erklärungs-Momente werden nicht erörtert.

In der Einleitung erwähnt der Verfasser, dass sein früherer Versuch, mit Hilfe des polarisirten Lichtes die Frage zu lösen: „durch welche Vorgänge die Vaccinirung des Kalbes zur Immunisirung der geimpften Thiere führe" allgemeines Befremden erregt habe.

Wir fürchten, dass die vorliegende Arbeit bei der Mehrzahl der Leser einen ähnlichen Eindruck hervorbringen dürfte. Riehl.

**Liveing.** Bemerkungen über colloide Entartung der Haut. (Brit. med. Journ. 27. März 1886.)

Liveing berichtet über drei Fälle dieser Hautaffection, welche von Wagner als Colloid Milium, von Besnier als Dégéneration colloide bezeichnet wurde. — Die Affection besteht in der Bildung von stecknadelkopf- bis erbsengrossen, mässig erhabenen, gelblichen, durchscheinenden Knötchen, welche sich über das Gesicht, den Hals und die Oberarme zerstreut finden; die grösseren derselben sind von kleinen Gefässen umsäumt. Nach einigem Bestande sinkt das Centrum der Knötchen kraterförmig ein, es tritt Entzündung auf und es bilden sich Borken, welche abfallen und nur ein Mal und keine ausgesprochene Narbe hinterlassen. Die Metamorphosen, welche die Knötchen eingehen, erinnern an das Molluscum contagiosum, aber der allgemeine Charakter der Affection ist ein anderer und dieselbe könne nicht mit dem ersteren verwechselt werden. — Eine mikro-



skopische Untersuchung war dem Autor nicht möglich, da seine sämmtlichen Fälle der Privatpraxis angehörten. Jarisch.

**Gamberini.** Die Transformation der Hautkrankheiten und der Syphilis. (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. Jänner. Febr. 1886.)

Unter Transformation versteht der Verfasser das allmälige Schwinden gewisser Krankheitserscheinungen und deren Uebergang in andere Formen. Diese Transformation tritt insbesondere dann ein, wenn der abgegrenzte Typus einer Hautkrankheit schwindet und auf ihn ein anderer, wesentlich verschiedener Typus folgt, welcher die Krankheitsursache überdauert. Dies geschieht z. B. beim Eczem. Verfasser führt uns die Transformation einiger constitutioneller Erkrankungen aus, legt dar, wie die scrophulösen, herpetischen, rheumatischen und syphilitischen Hautleiden und Hyperämien beginnen, in Entzündung und dieser ähnliche Processe übergehen, immer mehr in die Tiefe dringen, um in späteren Perioden das subcutane Gewebe, die Muskeln, Knochen, Eingeweide zu befallen. Aber auch örtliche Erkrankungen können solche Transformationen eingehen, so das Eczem, das in Psoriasis, diese, die in Dermatitis exfoliativa übergeht. Für Transformationen könnten angesehen werden die verschiedenen Krankheitscomplicationen, aber auch die einzelnen Stadien im natürlichen Verlauf derselben Hauterkrankung, deren viele ja schon von Natur aus polymorph sind. Insbesondere deutlich sei die Transformation bei der Syphilis in ihrer Einwirkung auf Traumen, diese würden nicht selten so lange transformirt, bis sie wirklich in Syphilissymptome umgewandelt würden. Ebenso können Arzneiexantheme eine Transformation bestehender Hautkrankheiten bedingen.

Finger.

**A. Barker.** Ueber die Vertheilung der Anthrax-Bacillen in der menschlichen Haut. (Med. soc. — Brit. med. Journal, 28. Nov. 1885.)

Barker fand bei einer zehn Tage alten, ex vivo excidirten Anthraxpustel, dass die Bacillen vornehmlich in den oberflächlichsten Hautschichten vorhanden waren. — Mächtige Colonien überzogen die Oberfläche der Papillen, wo sie Blasenbildung hervorriefen, während im Körper der Papillen und in den tieferen Theilen der Cutis, nur wenige Bacillen zerstreut aufzufinden waren; in den Gefässen waren



nirgend Bacillen wahrzunehmen; unter dem Schorfe schien das Wachsthum derselben aufgehalten zu sein. Jarisch.

**Lorenz.** Das Ichthyol und seine Bedeutung speciell für Militär-Gesundheitspflege. (Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1885.)

Lorenz hat, durch Unna's Erfolge veranlasst, das Ichthyol resp. das ichthyolsulfonsaure Ammonium bei den verschiedensten Krankheiten in Anwendung gezogen und ist „durch die fabelhafte Wirksamkeit dieses neuen Heilmittels“ überrascht worden. Seine Versuche beziehen sich hauptsächlich auf acuten und chronischen Gelenksrheumatismus, acuten Muskelrheumatismus, Mastitis, Panaritien, Contusionen und Distorsionen und selbst auf Pleuritis. Wenige Einreibungen der erkrankten Theile mit reinem oder wenig verdünntem Ichthyol genügten, um constant die besten Heilerfolge zu erzielen. Wir müssen die Beurtheilung dieser Beobachtungen den betreffenden Fachmännern überlassen und wollen hier nur erwähnen, dass Lorenz zunächst die schmerzstillende und entzündungswidrige Wirkung des Präparates hervorhebt. Häufig sah Lorenz nach Anwendung des Ichthyols Hyperidrosis der betreffenden Hautpartien auftreten.

Bei Hautaffectionen erwies sich das Ichthyol in einem Falle von Prurigo bei einer 63jährigen Frau (30 : 100 Wasser als Einreibung) heilbringend; ebenso bei Pruritus vulvae in 10percentiger wässeriger Lösung. Bei Brandwunden bewirkte dieselbe Lösung fast augenblickliche Schmerzlinderung und rasche Ueberhäutung.

Ausserdem hat Lorenz das Ichthyol auch bei chronischem Magenkatarrh innerlich angewendet (0·25 pro die in Kapseln) und gute Erfolge erzielt. Riehl.

**Liebreich.** Ueber das Lanolin, eine neue Salbengrundlage. (Berl. klin. Wochenschrift, Nr. 47. 1885.)

Nach Liebreich's eingehenden Untersuchungen entspricht einer Reihe von Anforderungen, welche man bei der Salbentherapie an das anzuwendende Präparat zu stellen hat und welche die bisher angewandten Glycerinfette oder die Mineralöle nicht erfüllen konnten, das Lanolin, eine aus dem Fette der Schafwolle (nach vorgängigen Arbeiten von Berthelot, Hartmann, E. Schulze) bereitete Verbindung von fetten Säuren mit Cholesterin.



Ich citire den praktischen Theil von Liebreich's Mittheilungen wörtlich:

„Die bisherigen Fettsalben, mit neutralen Glycerinfetten, Vaselin, Ungt. Paraffini hergestellt, zeigen an und für sich und besonders auf der Haut Zersetzungen, welche reizend einwirken können, abgesehen davon, dass mit reinem Fett die Resorption der Arzneisubstanzen nur sehr unvollkommen vor sich geht. Das Vaselin hat zwar den Vortheil, einer Zersetzung bei der Anwendung nicht zu unterliegen, aber es verhindert den Eintritt der Arzneisubstanzen in die Haut, so dass sogar sehr giftige Substanzen mit dem Vaselin verrieben auf die Haut gebracht, weder locale noch allgemeine Vergiftungserscheinungen hervorrufen.

Das Ungt. Paraffini kann als eine noch weniger zweckmässige Substanz als das Vaselin betrachtet werden, weil sich, selbst bei sorgfältigster Bereitung allmälig die einzelnen Bestandtheile von einander trennen, und nichts kann sicherer behauptet werden, als dass die Salben: Ungt. Kalii jod., Ungt. Hydr. rubri und Ungt. Hydr. praec. albi in ihrer jetzigen Gestalt als Paraffinsalben vollkommen wirkungslos sind und ich habe stets gerathen, die betreffenden Substanzen nach alter Weise mit Fett frisch bereiten zu lassen.

Bei den Cholesterinfetten der Wolle war es mir überraschend, wie leicht sich das Cholesterinfett in die Haut einreiben lässt; da dasselbe von keratinhaltigem Gewebe stammt (s. unten Refer.) glaube ich diese Resorption in nahe Beziehung zu der schnellen Aufnahme durch die Haut in Verbindung bringen zu können.

Die Verbindung dieses neutralen Fettes habe ich mit dem Namen Lanolin bezeichnet. Das reine Lanolin wird (durch Jaffé und Darmstädter in Charlottenburg) dargestellt, indem das Wollfett in eine dünne Milch übergeführt und solche centrifugirt wird. Hiebei wird ganz wie bei der Centrifugirung der Milch eine Magermilch und ein dicker Rahm erhalten, welch letzterer das zwischen Fett und Harz stehende, vollkommen neutrale, jeder Selbstzersetzung unzugängliche, leicht riechende Lanolin in reinem Zustande enthält. Es besitzt die Fähigkeit über 100 Percent Wasser verknetet in sich aufzunehmen, wodurch es zu einer hellgelben Salbe wird. Eine Lösung des Fettes in Wasser findet nicht statt; beim Hinzufügen jedoch von Seife und Alkalien bildet sich sofort eine starke Milch. Das Lanolin nimmt mit Leichtigkeit Glycerin auf und vereinigt sich in dieser Mischung leicht mit jedem anderen Fette. Von therapeutischen Versuchen erwähne ich, dass entgegen den Fett- oder Vaselinsalben eine 5percentige Carbol-Lanolinsalbe erbsengross auf die Hand verrieben, nach 1—2 Minuten, ohne Aetzung ein taubes Gefühl hervorruft.

Lanolin-Sublimatsalbe zeigt die Resorption so schnell an, dass beim Verreiben einer Salbe (1 : 1000 Sublimat) schon nach wenigen Minuten der charakteristische metallische Geschmack auftritt. Da das Lanolin sich



so ungemein schnell in die Haut einreibt und die Schlüpfrigkeit des Einreibens dadurch beeinträchtigt wird, so empfiehlt es sich, 5—10 Percent Fett oder Glycerin hinzuzufügen. Die Salben können auf der Oberfläche etwas eintrocknen, es entsteht dadurch zuweilen eine dunklere Färbung, welche jedoch kein Zeichen von Zersetzung ist."

Ganz besonders interessant sind nun aber auch die Nachforschungen Liebreich's über die Verbreitung der Cholesterinfette im thierischen Körper, speciell in dessen äusserer Decke. Zur Untersuchung wurde die von Liebermann entdeckte Reaction des Cholestols benutzt, die für alle Cholesterinfette brauchbar sich erwies, während die Glycerinfette verschiedenster Zusammensetzung sich dagegen negativ verhielten. Bei der Prüfung keratinhaltigen Gewebes fand sich Cholesterinfett, das auch Wasser über 100 Percent aufnehmen konnte, in der menschlichen Haut, den Haaren, der Vernix caseosa, ferner in Fischbein, Schildpatt, Pferdehuf, Igelstacheln, Gänsefedern u. s. w.; dagegen fehlte es im Unterhautfettgewebe. Nun war die Frage, ob die Cholesterinfette dem Gewebe als solchem angehören oder durch drüsige Secrete heraufgebracht werden, und da am meisten und bis heute die Anschauung von der Salbung der Federn durch die Bürzeldrüse der Vögel verbreitet ist, so prüfte Liebreich diese angebliche Einfettungsquelle. Nach seinen Resultaten will er die Möglichkeit nicht ableugnen, dass das Secret der Drüse auf die Oberfläche der Federn gebracht und hier eingetrocknet, eine Geschmeidigkeit derselben hervorbringen könne. Aber ebenso gut glaube er behaupten zu können, dass die von der Drüse abgesonderte Flüssigkeit dazu diene, die Federn von zu starkem Fettreichthum zu befreien, oder wenigstens das durch die Federn abgesonderte Fett an denselben gleichmässig zu vertheilen. An Vögeln, die gar keine Bürzeldrüse besitzen, fand er in den Federn Cholesterinfett, das in diesen gleichzeitig mit dem Keratin gebildet sein muss, da die Vögel ausser der Bürzeldrüse keine Talgdrüsen in der Haut besitzen. Bei Stacheln und Borsten von Igel und Schwein, die beide nur verkümmerte Talgdrüsen enthalten, fand sich Cholesterinfett. Bei einigen Haaren des Faulthieres, das gar keine, die Haare begleitenden Talgdrüsen haben soll, fand sich die Cholestolreaction. In der Bürzeldrüse einer Gans fand sich nur eine minime, in dem umgebenden Unterhautfettgewebe keine Cholestolreaction, während das aus den Federn gewonnene Fett sie deutlich zeigte. In



dem Pferdehuf und den Kastanien des Pferdes fand sich relativ reichlich Cholesterinfett, obgleich hier keine Drüsen Fett zuführen können. Liebreich glaubt vorläufig nicht annehmen zu dürfen, dass in den keratinirten Zellen oder in dem Stratum granulosum der Epidermis das Fett in ähnlicher Weise wie in Fettzellen enthalten ist, sondern gleich in der Butter als nekrobiotisches in den ja zur Abstossung bestimmten, der Nekrobiose verfallenen keratinirten Zellen. Wenn die mikrochemischen Reactionen von Ranvier, Waldeyer, Unna mehr für die eiweissartige Natur des Eleidins in dem Stratum granulosum sprechen, so ist es für Liebreich wahrscheinlich, dass das Eleidin ein Gemenge von Eiweiss und Cholesterinfett darstellt.

**Lewin.** Mikrochemischer Nachweis von Cholesterinfett in der Körnerschicht der Epidermis. (Berl. klin. Wochenschrift, Nr. 2. 1886.)

Lewin hat auf dünnen Hautschnitten mittelst der Liebermann-schen Cholestolreaction den mikrochemischen Nachweis von Cholesterinfett in der Körnerschicht der Epidermis geführt, ebenso in der der Schweisscanäle. Auch sah er in dem Stratum corneum der Haut zwischen den verhornten Zellen einzelne kleine Kügelchen, die dieselbe Reaction zeigten. Wenn diese nicht durch Präparation aus dem Stratum granulosum dorthin gelangt sind, so spräche dies noch mehr für die von Liebreich angedeutete physiologische Bedeutung der Körnchen für die Einölung der Hornsubstanz.

**Lassar.** Ueber die therapeutische Verwendung des Lanolin. (Berl. klin. Wochenschrift, Nr. 5. 1886.)

Lassar hat einige Wochen nach dem Vortrage Liebreich's in der Berliner medicinischen Gesellschaft seine Erfahrungen über die neugewonnene Salbengrundlage mitgetheilt. Das Lanolin sei, wie es Liebreich angegeben, leichter resorbirbar als die Glycerinfette und Vaselin und darum für alle in tieferen Schichten localisirten Dermatosen ein wirksameres Vehikel als jene. Bei oberflächlichen Entzündungen und wo es auf schmiegsamen Schutz und linde Ulceration ankomme, müsse man an 20 Percent Vaselin hinzusetzen.

**Köbner.** Ebenda.

Köbner, der die Anwendbarkeit des Lanolins als Salbengrundlage, wie seine leichtere Resorbirbarkeit bestätigt, findet gewisse



Arzneikörper im Lanolin weniger löslich, als in den bisherigen Vehikeln; so das Chrysarobin (das sich in heissem Fette fast vollkommen, in Vaselin zu 50 Percent, in Lanolin fast gar nicht löse). Auch Köbner räth zu Mischungen mit 10—20 Percent Fett. Dass Liebreich den mit Vaselin emulgirten Arzneistoffen alle örtliche Wirkung abspreche, sei nicht ganz zutreffend, wenigstens für die Schleimhäute; wo Carbolsäure und Cocaïn in solchem Vehikel specifische Wirkung entfalten könnten.

**Köbner.** Vorstellung eines Falles von multiplen Hautsarcomen der Extremitäten. (Berl. klin. Wochenschrift, Nr. 12. 1886.)

Bei Vorstellung eines Falles von idiopathischen multiplen Pigmentsarcomen (Kaposi) in der Berliner medicinischen Gesellschaft, führte Köbner zugleich, als geheilt geblieben, das jetzt 13 Jahre alte gesunde Mädchen vor, das er vor drei Jahren durch subcutane Arseniktherapie von allgemeiner Sarcomatose befreit hatte. (S. d. Vierteljahrschr. 1883 S. 156.)

Auch in dem neuest vorgestellten Falle, der später ausführlicher beschrieben werden soll, sind solche Injectionen mit sichtlichem Erfolge vorgenommen worden; von einer Lösung: Natr. arsenicos. 0·1 coq. cum. Aqua bis destillata 10·0 waren $^3/_4$ bis 2 Pravaz'sche Spritzen pro dosi injicirt worden. Uebrigens findet die Ansicht Campana's, dass Hautsarcome der vorliegenden Art sich ähnlich verbreiten respective secundär entstehen, wie es Recklinghausen für die Neurofibrome der Haut erwiesen hat, durch Köbner's Fall keine sichere Stütze, wenn er auch nicht direct dagegen spricht.

Caspary.

## Einfache Entzündungen.

**H. T. Byford.** Beobachtungen zur Aetiologie und Therapie des Eczems. (Journal of the American Medical Association, 10. September 1885, Chicago.)

B. hatte Gelegenheit, an Kindern syphilitischer Eltern Eczeme zu behandeln, die in impetiginöser Form die Kopfhaut und andere Körperpartien bedeckten. In diesen Fällen wurde, trotzdem an den Kindern keine manifesten Zeichen der Lues vorlagen, innerlich Calomel in kleinen Dosen, äusserlich Hg-Einreibungen mit gutem Erfolge verwendet.





Aufgemuntert durch diesen Effect verordnete B. später bei Kindern, deren Eltern auch nur im Verdachte standen, luetisch gewesen zu sein, jedesmal Calomel, und schliesslich verabreichte er allen Kindern mit hartnäckigen chronischen Eczemen diese Therapie und war überrascht von der sicheren Wirkung und raschen Heilung in allen Fällen.

Gewöhnlich trat schon wenige Tage nach der Verabreichung des Calomel (0·01—0·015 Gr. zweimal täglich) Linderung des Juckens, ungestörter Schlaf und Abblassen des Eczems auf. Meistens wurde Calomel bis zum Auftreten von Diarrhöen gebraucht, dann einige Tage weggelassen, um nach Schwinden der Darmerscheinungen neuerdings verabreicht zu werden. Gleichzeitig wurde die Kost zweckmässig geregelt.

Der Autor glaubt, dass zwischen Leberleiden und Eczem bei Kindern ein Causalnexus bestehe, und sieht im Calomel ein Mittel, das „auf das Blut und die Leber" und somit auch auf die Hautaffection bei Kindern sehr günstig einwirkt. Dass die Calomeltherapie rascher und prompter wirkt als gewöhnliche Abführmittel bei geregelter Diät, erklärt B. damit, dass er annimmt, es entferne reizende Stoffe aus dem Kreislauf, in welchen zumeist die Ursache der Eczemeruption zu suchen sei.

Bei Kindern, die zur Salivation neigen, zieht B. vor, jeden sechsten bis achten Tag eine grössere purgirende Dosis zu geben.

**W. Bruce.** Eczemfälle behandelt mit Strathpeffer Mineralwasser. (The British medical journal, 5. September 1885, p. 447.)

B. führt eine Reihe von Eczemfällen chronischen Verlaufes an, die durch Gebrauch der Trink- und Badecur in Strathpeffer (die stärkste Schwefelquelle in England) geheilt wurden, und empfiehlt den Curort gegen Eczem, andere chronische Hautkrankheiten, chronische Rheumatismen, Gicht etc. Riehl.

**Funk.** Ueber einen Fall von Dermatitis exfoliativa adultorum. (Monatshefte f. prakt. Dermatologie Nr. 5. 1885.)

Bei einer 24 Jahre alten Puerpera schossen am vierten Tage des Wochenbettes kleine Knötchen auf gerötheter und geschwellter Haut im Gesichte, am Rumpfe und auf den Extremitäten auf. Kein Jucken. Die Knötchen tendiren zur Plaquebildung von Mandelgrösse. Auf den Extremitäten sind Bläschen und Blasen neben den Knötchen zu sehen. Capillitium, Haudteller und Fusssohlen sind frei. Der Blaseninhalt ist wasserhell und



klebrig. Die Involution geht mit Abblassen der Knötchen, Eintrocknung der Blasen und Borkenbildung einher. Am 20. Krankheitstage war der ganze Process erloschen und nur noch mehr und weniger starke Abschuppung und Abkleiung sichtbar. Der ganze Verlauf war fieberlos, das Puerperium auch sonst normal; Arzneimittel wurden der Kranken nicht gereicht, auch wurde keine Irrigation gemacht.

F. sieht in diesem Falle viel Aehnlichkeit mit der von Ritter besprochenen Hausendemie (Findelhaus) von Dermatitis exfoliativa neonatorum. Im Blaseninhalte fand F. eine Coccenart (1 Mm.) die kleine gerade oder gebogene Ketten bildeten und sowohl in der Blasenflüssigkeit als auch in den Eiterkörperchen zu sehen waren. Der bacteriologische Theil der Untersuchung ist übrigens noch nicht abgeschlossen. Horowitz.

**Gemma.** Ein Fall von Melasma pellagrosum. (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. Jänner—Februar 1886.)

Nachdem Vf. die einschlägige Literatur angeführt, bespricht er folgenden Fall:

F. A., 49jähriger Landmann. Im Alter von 25 Jahren litt er an Erythem der Handrücken und des Halses, besonders im Frühjahr, ebenso leidet er von Zeit zu Zeit an Diarrhöe. Im Vorjahr verlor er die Nägel der Finger und Zehen und gleichzeitig entwickelten sich einige Flecke im Gesicht und auf den Händen ähnlich dem Chloasma pellagrinum. Im Laufe dieses Frühjahrs nahmen diese Flecke zu, und gegenwärtig bedeckt ein ausgebreiteter brauner Fleck die ganze Stirne, das Gesicht und den Hals und macht den Patienten einem Mulatten ähnlich. Aehnliche Flecke bedecken Handrücken und Vorderarme, ein anderer die ganze Vorderfläche von Brust und Bauch bis zu den Leisten, während Schultern, Rücken und Extremitäten von kleinen schwarzen Flecken bedeckt, wie getiegert aussehen. Die dazwischen liegende Haut ist nur an wenigen Stellen normal, sonst von leicht brauner Färbung. Die unteren Extremitäten sind dünkler und bieten ganz schwarze Flecke dar, welche besonders um die Knie dicht stehen und 4—5 Ctm. Durchmesser haben. Alle Flecke zeigen kleienförmige Abschuppung und zwischen denselben finden sich kleinste schwarze Knötchen. Der Allgemeinzustand ist nicht besonders, Patient ist abgemagert und schlecht genährt.

Allgemeinbehandlung bessert die Kräfte, bringt aber keine Veränderung der Flecke hervor.

Vf. erinnert an die Aehnlichkeit seines Falles mit dem Morb. Addisonii und die dabei gefundene Veränderung der Nebennieren, die er auch in seinem Falle vermuthet. Finger.

**Bergh.** Die Flohlarve als Pseudoparasit des Menschen. (Monatshefte f. prakt. Dermatologie B. IV, Nr. 7, 1885.)





Die Complication einer Hautkrankheit mit Flohlarven wurde bisher nicht beschrieben.

Hebra und Küchenmeister fanden zwar Floheier unter allen Nägelrändern schmutziger Individuen, von Larven sprechen diese Autoren nicht.

In den Schuppen und Kratzwunden der Haut einer an Psoriasis vulgaris leidenden, in grösstem Schmutz lebenden Frau, sowie im Sande des Fussbodens und im Bette fand B. lebende „Würmer", welche als Maden (Dipterlarven) und der gewöhnlichen Flohlarve (Pulex irritans L.) angehörig, erkannt wurden, was sich auch als richtig erwies, da einige Tage lebhaft springende Menschenflöhe in einem Glase waren, in welches man etwas Sand vom Fussboden gelegt hatte, welcher auch einige Puppen enthielt.

Die genaue anatomische mit Zeichnungen versehene Beschreibung der Larve s. Original. Horovitz.

## Neuritische Dermatosen.

**Verardini.** Studien über den Zoster. (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. Nov.—Dec. 1885.)

Vf. bespricht sehr ausführlich die bisherige Literatur und kommt auf Grund eigener Beobachtungen zum Schlusse, es gebe drei Formen von Herpes zoster: 1. eine sehr acute und fieberhaft verlaufende, welche einige Autoren veranlasste, den Zoster den acuten Exanthemen anzureihen, 2. eine subacute, apyretische, der gewöhnliche Typus, 3. eine seltene, chronische Form. Recidiven des Zoster sind selten. Vf. vermisst in manchen Fällen alle Anhaltspunkte, welche zum Schlusse berechtigten, dass jeder Zoster mit einer Neuritis zusammenhänge. Finger.

**Pearson.** Bemerkungen über die Tendenz des Herpes Zoster sich symmetrisch auszubreiten etc. (The British medical journal 8. Aug. 1885. p. 240.)

Im November 1882 zog sich ein circa 60jähriger Maler beim Verlassen eines Concertsaales eine Erkältung zu. Ein eisig kalter Luftstrom traf Kopf und Nacken. Sieben Tage später kam es zur Eruption eines Herpes Zoster an der rechten Seite des Nackens, an der rechten Schulter und am Oberarm. Die Ausbreitung entsprach dem N. circumflexus (einem der obersten Theile des Plexus brachialis). Der Zoster verlief in regelmässiger Weise, verursachte aber viel Schmerz. Die Beschwerden schwanden erst im Herbst 1883. Im December traten Schmerzen in der linken Schulter, im Nacken und



linken Oberarm auf, in derselben Ausbreitung wie der ursprünglich rechtseitige Zoster; gleichzeitig recidivirten die Schmerzen links und wechselten an Intensität, besserten sich aber im Frühling 1884. Im Herbste bekam der Kranke plötzlich Schwindel und konnte nicht gehen. Die unangenehmen Empfindungen im Nacken und Arme machten sich neuerdings bemerkbar, ausserdem klagte Patient über Schwere in den Lidern und fühlte sich so, als ob er eine Nacht durchwacht hätte. Später schien sich, sobald der Kranke rasch in das Bett stieg, unmittelbar nach dem Verlöschen des Lichtes, das matterleuchtete Fenster von rechts nach links zu drehen, und zwar um so schneller, je rascher Patient sich in die horizontale Lage begeben hatte. Ausserdem litt der Kranke an Ohrensausen und war gegen Geräusche jeder Art, ja gegen seine eigene Stimme so empfindlich, dass sie ihm höchst unangenehme Empfindungen verursachte. Dabei übertönte das Ohrensausen den Lärm der Wagen auf der Strasse etc. Badewasser, das ins rechte Ohr eindrang, verursachte jedesmal heftige Beschwerden.

Im Frühling und Sommer 1885 verloren sich diese Erscheinungen, und zwar zuerst die Gehörsanomalien, und es blieb nur zeitweiser Kopfschmerz an der linken Schläfegegend zurück.

Pearson erklärt sich den Verlauf dieses Falles in der Weise, dass er annimmt, der Insult habe zuerst nur eine kleine Stelle im Halsmark, wahrscheinlich eine Gruppe von Ganglienzellen der rechten Seite getroffen, die Stelle war vielleicht durch Veränderungen der Blutgefässe und durch die häufigen Anstrengungen — der Kranke hielt als fleissiger Maler fast fortwährend den Pinsel in der rechten Hand — weniger widerstandsfähig als andere Partien des Rückenmarks. Die Folge der Läsion war der Zoster. Allmälig verbreitete sich die Erkrankung auf der Bahn der nervösen Verbindungsfasern auf die symmetrische Gangliengruppe aus, und löste so die Beschwerden in den correspondirenden Partien der linken Seite aus. Die Störungen am Gesichte und Gehör, sowie die Allgemeinsymptome denkt sich P. durch begleitende Hyperämien entstanden, da ja ein directes Fortkriechen der Erkrankung auf so entfernt liegende Nervencentren nicht wahrscheinlich sei, und der Umstand, dass diese Erscheinungen zuerst schwanden, auf eine transitorische Störung hindeuten.

P. zieht Parallelen mit der Menière'schen Krankheit, an die ja ein Theil der Symptome lebhaft erinnert und mit Migräne, und sieht in den zuletzt aufgetretenen Kopfschmerzen ein Beispiel von aufs äusserste abgeschwächtem epileptiformen Anfall.

Die entzündliche Nervenläsion, die den Zoster erzeugt, verursacht zugleich eine zeitlich begrenzte Hyperämie in einem bei weitem



grösseren Bezirke des Centralnervensystems als derjenige ist, von dessen Erkrankung die Entstehung des Herpes Zoster abhängig ist.
Riehl.

**Prochownik.** Ueber einige Fälle von eigenthümlichem Pruritus an den äusseren weiblichen Genitalien. (Monatsh. f. p. Derm. Nr. 4.)

P. beschreibt drei Fälle von circumscripter und auf die Haut der äusseren Labien und einen Theil des Mons ven. beschränkter Hautatrophie, welche sich durch ein lästiges immer wiederkehrendes Jucken auszeichnete.

Chemische Reize als blen. Secret bedingen das Jucken nicht. Wahrscheinlich sind es Trophoneurosen, deren Ursache entfernt von dem afficirten Orte gelegen ist, weshalb auch der Erfolg localer Therapie ein minimaler und vorübergehender geblieben ist.
Mracek.

## Angioneurosen.

**Payne.** Varicella gangraenosa. (S. Bericht der Patholog. Society of London. The British medical Journal. 23. Mai 1885, p. 1043.)

P. demonstrirt mikroskopische Präparate von V. g. Dieselben stammen von einem dreijährigen Kinde, das einen Monat vorher Windpocken (Chicken-pox) überstanden hatte. Bei der Autopsie fand sich Tuberculose der Lungen und des Peritoneums etc. Ebenso wurde Tuberculose bei einem früheren Falle vorgefunden — es sind aber auch Fälle von vollständiger Ausheilung der V. g. bekannt. Dr. A. Bowlby, R. Crocker führen ähnliche Beobachtungen an. Riehl.

**Eichhorst.** Beobachtungen über Incubationsdauer bei Pokken. (Deutsch. med. Wochenschr. Nr. 3. 1886.)

Ein Arzt besucht am 20. October seinen an Variola erkrankten Vater, der auf den Absonderungsräumen der med. Klinik Zürich in Behandlung steht. Er berührt den Kranken nicht und bleibt in seiner Nähe etwa drei Minuten lang. Nach Entfernung vom Krankenlager begibt er sich in das Chlorhäuschen und wird desinficirt. Trotzdem er mit keinem Pockenkranken in Berührung kam, erkrankt er nach neun Tagen acht Stunden an Variola. Beiläufig ebenso lange dauert die Incubationszeit bei zwei Schülern E.'s, die die Visite im Pockenspitale mitmachten und desinficirt wurden. Horovitz.



## Stauungsdermatosen.

**Campana.** Myxödem. (Italia medica 1885.)

Vf. bespricht den ersten in Italien beobachteten Fall von Myxödem, der das Eigenthümliche darbietet, dass die Haarbälge zum Theil geschwunden, zum Theil hypertrophisch sind. Er zieht hierauf eine Parallele zwischen dem Myxödem und der Addison'schen Krankheit, bei letzterer finden wir Ernährungs-, Sensibilitätsstörungen und Schwarzfärbung der Haut, bei ersterer Anämie, Sensibilitätsstörungen und schleimige Degeneration der Haut. Eine hängt oft mit Veränderungen der Nebennieren und des Sympathicus, die andere mit Erkrankung der Schilddrüse und des Sympathicus zusammen, doch kann bei beiden dieser Zusammenhang auch fehlen.

**Sieffermann.** Observation d'un cas de sclérodermie généralisé. (Gaz. méd. de Strassburg Decemb. 1885.)

Der Fall betrifft einen 22jährigen, kräftigen, seit zwei Jahren verheiratheten Landmann. Seit einem Jahre fühlt er eine allmälig zunehmende Spannung der Haut der seitlichen Brustgegend, Krankheiten keine vorausgegangen, wohl aber häufige Durchschwitzung und Durchnässung bei der Feldarbeit, grosse Empfindlichkeit gegen Kälte, die Hände in kaltem Wasser gewaschen, blieben seit zwei Jahren stets lange kalt und wächsern. Die Starrheit der Haut verbreitete sich allmälig über den ganzen Körper. Der Gesichtsausdruck finster und unbeweglich, Gesichts- und Stirnmusculatur unbeweglich, Wangen derb, dicht, nicht faltbar, Nasenflügel abgeplattet, Augenlider halb geschlossen. Haut des Bauches und der Brust starr, faltenlos, die Arme in leichtem Bogen (henkelartig) vom Leib entfernt, nicht ganz zu nähern, nicht bis zum Kopf zu erheben, Bewegung der Ellbogen, und Fingergelenke behindert. Haut der Unterextremitäten verdickt, Bewegungen derselben behindert. Die Haut allüberall eher verdickt, bretthart, nicht faltbar, lässt keine Fingereindrücke zurück, fühlt sich speck- oder wachsartig an, Sensibilität herabgesetzt, an den unteren vorderen Theilen des Körpers broncefarben pigmentirt, während die Gelenksbeugen weiss blieben, Schweisssecretion bis zum Tode erhalten, Talgsecretion fehlt, ebenso die Haare an allen erkrankten Hautstellen, die Haupthaare trocken, fallen leicht aus. Herzaction unregelmässig, Dyspnöe, Therapie bestand in Einreibung von Fetten, Leberthran, Jod, Eisen innerlich, Bäder. Hydrotherapie. Kalte Bäder und Douchen bringen Besserung und Schwund des Pigmentes, worauf Pat. sich der weiteren Cur entzieht. Finger.

**Thin.** Ulcus rodens. (British medical Journal 23. Mai 1885, p. 1043.)

T. berichtet über den weiteren Verlauf eines im Jahre 1879 besprochenen Falles. Der Kranke wurde in ein Hospital aufgenommen



und starb 1884, nachdem das Geschwür enorme Ausdehnung angenommen hatte.

Der histologische Befund war derselbe wie 1879.

**Paul.** Die Pathologie des Ulcus rodens. (The British medical Journal 2. Mai 1885, p. 881 sq.)

Das Ulcus rodens wurde seit Thiersch Gegenstand vieler eingehender Arbeiten. Von Moore, Hulke, Collins, Warren und Hutchinson als eine Varietät des Epithelioms aufgefasst, wurde es von Anderen den Carcinomen zugezählt, — welcher Ansicht sich auch P. anschliesst. Thiersch und Butlin hielten die Talgdrüsen für den Ausgangspunkt, Thin die Schweissdrüsen; Tilb. und C. Fox, Sengster und Hume die Haarfollikel.

P.'s Ansichten basiren auf der Untersuchung von 22 Fällen: die Präparate wurden ihm alle frisch excidirt übergeben.

Nach einer einleitenden Erörterung über das Carcinom überhaupt, bespricht P. in sehr eingehender — und daher hier nicht gut referirbarer — Weise die feinere Structur seiner Fälle, das Verhältniss der Neubildung zu den Elementen der Haut, ihren Ausgangspunkt etc. und kommt zum Schlusse: das Ulcus rodens ist eine specielle Form des Carcinoms, das wahrscheinlich von der Cutis und nicht von den Drüsen etc. ausgeht, und begründet seine Ansicht durch folgende Punkte:

Die Structur des U. r. variirt mannigfaltig — auch bei normaler Entwickelung bringt das Rete Malpighi verschiedene epitheliale Bildungen zu Stande; manche U. r. haben in einzelnen Theilen Aehnlichkeit mit den verschiedenen epithelialen Gebilden der Haut; es besteht auch Aehnlichkeit mit langsam wachsenden Epitheliomen; ja U. r. geht unmerklich in Epitheliom über — es kann daher für den Ursprung beider die gleiche Grundlage angenommen werden. Riehl.

## Hämorrhagische Dermatosen.

**Stephanides.** Angina, Polyarthritis und Purpura rheumatica. (Prager med. Wochenschr. Nr. 50. 1885.)

Bei einer zum Curgebrauche in Karlsbad weilenden Frau traten unter Schlingbeschwerden die Zeichen einer Angina tons. auf. Nachdem die Angina durch Entleerung eines Abscesses aus der rechten Tonsille sich besserte, kam es zu Ergüssen in beiden Knie- und Handwurzelgelenken. Nach vier-



tägiger Behandlung dieser Affection mit salicylsaurem Natron trat Besserung ein; als jetzt die Haut mit stecknadelkopf- und bohnengrossen hämorrhagischen Flecken bedeckt erschien. Nach acht Tagen schwanden die Flecke. S. hält in Uebereinstimmung mit Boeck, Bull, Laséque und Stewart diese drei Krankheitsgruppen zu einem Krankheitsbilde gehörig.

Horovitz.

## Epidermidosen.

**Lavergne.** Contribution à l'étude du lichen planus. (Paris 1884, bei Delahaye.)

Der Lichen planus ist nach Verf. eine sehr seltene Hautkrankheit des reifen Alters. Er unterscheidet drei Formen: 1. Lichen planus chronicus, 2. Lichen planus acutus, 3. Lichen planus corneus.

Letztere Form unterscheidet sich vom gewöhnlichen Planus, durch die deutlichere Verdickung der Haut. Ueber den einzelnen Plaques wird die Haut trocken, rissig, hornig und erreicht eine Dicke von vier bis fünf Mm. Beim Lichen planus acutus entsteht eine grosse Zahl von Efflorescenzen rasch über den ganzen Körper. Einzelne zerstreute Plaques des Lichen planus sind unter Rücklassung brauner Pigmentflecke spontan heilbar. Die Differentialdiagnose ist besonders der Syphilis gegenüber manchmal schwer. Arsenik das einzige Heilmittel.

**Campana.** Ueber die Molluscum-Körperchen. (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. Jänner, Febr. 1886.)

Auf Grund einer Reihe von Untersuchungen kommt Vf. zu folgenden Schlüssen:

a) Das scheinbar adenoide Gewebe des neugebildeten Molluscum contagiosum stammt vom Str. mucosum und granulosum.

b) Das Str. granulosum trägt zur Bildung der Molluscum-Körperchen bei, welche aus den Kernen dieser Zellen entstehen. Beweise: 1. Die Zellen dieses Stratum vermehren sich am auffälligsten. 2. Die Kerne desselben haben verschiedene Grösse und zeigen Uebergang bis zu Formen, welche den Molluscum-Körperchen ähnlich sind. 3. Um diese Körperchen herum findet sich Eleidin in Körnchenform in grosser Menge, welches oft die Kerne ganz einschliesst. 4. Ebenso findet sich in dem fertigen Molluscum, zwischen den einzelnen Körperchen desselben und um diese herum, eine vermehrte körnige Ansammlung von Eleidin.



c) Das Eleidin trägt zur Bildung der Körperchen nicht bei, doch erscheint die Grösse und Zahl der Körnchen desselben vermehrt.

d) Auch das Str. mucosum producirt Molluscum-Körperchen, nachdem es früher zahlreiche Eleidinkörner aufgenommen hat.

e) Nach vollendeter Bildung der Molluscum-Körperchen wird das Eleidin aus den Zellen frei und bildet das interstitielle Netz um die Körperchen selbst, findet sich aber auch noch in manchen Zellen des Str. mucosum und corneum, die ihre Gestalt beibehalten haben, eingeschlossen.

f) Die Körnchen des Eleidin schmelzen oft zu grösseren Körnern zusammen, welche die Grösse von Molluscum-Körperchen haben, sich aber von diesen durch die Färbung unterscheiden.

**Tommasoli.** Ein Fall von Ichthyosis sebacea neonatorum. (Giorn. ital. delle mal ven. e della pelle. Jänner—Feb. 1886.)

Ende 1884 wurde dem Verf. ein etwa $1^1/_2$ Jahre altes Kind vorgestellt. Die Mutter desselben, die in sehr elenden Verhältnissen lebt, Zeichen von Malariasiechthum trägt, ist während der Schwangerschaft fünfmal durch Zufall in der Wohnung sowohl, als von der Stiege gestürzt, drei dieser Fälle waren von Blutung aus dem Uterus begleitet. Das Volum des schwangeren Unterleibes war sehr bedeutend, die Geburtswehen dauerten $1^1/_2$ Tage und die Menge des Fruchtwassers war sehr bedeutend. Das Kind war vom ersten Augenblick an ein Monstrum. Augen und Mund waren geschlossen, die unteren Extremitäten sehr bedeutend ödematös, die ganze Haut, vom Kopf bis zu den Zehenspitzen, mit röthlich glänzenden Schuppen bedeckt, unter denen die Haut dunkelroth und feucht war. Behandlung mit Schwefelbädern, Einreibungen mit Leberthran, brachten Besserung und konnte das Kind wenigstens Augen und Mund öffnen. Der Umfang der unteren Extremitäten nahm ab, doch kam es zu keiner Heilung, die Neubildung von Schuppen dauerte fort, die Ernährung blieb schlecht und vermag das Kind sich mit $1^1/_2$ Jahren noch nicht auf den Füssen zu halten. Als Verf. das Kind zum erstenmal sah, fand er es abgemagert, schlecht genährt, Knochenbau gracil, das Aeussere das eines Kindes von höchstens sechs Monaten. Das Kind ist sehr heisshungrig und unruhig und nur durch Darreichen der Brust zu beruhigen. Seit zwei Monaten anhaltend Diarrhöe, der Urin höchst übelriechend. Der Kopf war einst von langen Haaren bedeckt, welche aber, als ein Arzt die Schuppenmasse des behaarten Kopfes entfernte, mit dieser abgingen. Gegenwärtig sind nur spärliche, zarte Haare vorhanden, die im Schuppenlager aufsitzen und mit den Schuppen desselben entfernt werden. Die Haut des Gesichtes ist runzlig, trocken, schmutzig roth, von röthlichen Schuppen bedeckt, sehr gespannt, so dass das Aufheben einer Hautfalte





nicht leicht möglich ist. Der Mund ist in Folge der Spannung stets halboffen, die oberen und unteren Augenlider ectropionirt. Nach abwärts vom Halse erscheint der ganze Stamm wie gepanzert, mit breiten hellrothen Schuppen, die bis zur Dicke und Festigkeit einer dünnen Baumrinde heranreichen, fest haften und besonders an den Stellen, wo die Haut häufiger bewegt und gerunzelt wird, von einem Netz von Rissen durchsetzt sind. Die Haut der Inguinalgegend und der beiden Achselhöhlen von zarteren, weisslichen Schuppen bedeckt, unter denselben weiss und feinrunzlig. Die Haut der Extremitäten ist ähnlich missstaltet, nur die Ellbogenbeugen, Handteller und Fusssohlen tragen nur wenig Schuppen und sind röthlich und glänzend. Die Therapie bestand in Einreibungen von Leberthran, Warmhaltung des Körpers, Hebung der Ernährung. Einzelne Schuppen werden genauer untersucht und ergibt sich, dass die des Kopfes fester und dichter waren, als die des Körpers. Sie lassen sich fettig anfühlen, waren in der Mitte dichter und bestanden nur aus Epithel. Die Hauttemperatur war stets herabgesetzt, Jucken oder eine andere abnorme Sensation nicht nachweisbar. Das Ectropium nahm im Verlaufe zu und complicirte sich mit einer granulösen Conjunctivitis. Die Schuppen fielen unter der Behandlung ab, die Haut erwies sich ihrer obersten Epidermishüllen beraubt, weisslich bis röthlich glänzend und fettig, sowie uneben, auf der Unterlage wenig beweglich, in Falten schwer zu heben, im Gesicht schien sie dem Periost anzuhaften. Nachdem die Mutter die ihr lästige Behandlung mit Leberthran aussetzte, kehrte der alte Zustand bald wieder, die Diarrhöen heilten auf dargereichte Adstringentien. Weitere Vernachlässigung von Seite der Mutter, die das Kind nach Hause nahm, führte zu neuen Nachschüben, die Extremitäten, das Gesicht schwollen an, die ödematösen Lider machten Oeffnen der Augen unmöglich, die mit vielen Schuppen bedeckte Haut wurde rissig, der Allgemeinzustand verschlimmerte sich und am 20. Februar starb das Kind, ohne dass dem Verf. die Gelegenheit geboten wurde Section und Untersuchung der Haut vorzunehmen.

**Mannino Lorenzo.** Das Mikrosporon dispar (anomoeon) Vidal's bei der Seborrhöe. (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. März—April 1886.)

Verf. berichtet über zwei Fälle von Seborrhöe mit Bildung trockener Schuppen und leichten Flecken im Gesicht und am behaarten Kopf, die beide mehrere Jahre bestanden und nach Entfernung der Schuppen eine leichte Hyperämie der Haut und erweiterte Talgdrüsenausführungsgänge zeigten. Beide Fälle werden mit Waschungen von 5 Perc. Borsäurelösung und einer Sublimatsalbe geheilt. Untersuchung der Schuppen ergab dieselben pathogenen Organismen, die Ferrari und Vidal bei der Pityriasis erythematica circinnata beschrieben haben. Verf.



hat diese Organismen in der Weise dargestellt, dass er das zu untersuchende Object 24 Stunden in absoluten Alkohol, 6 Stunden in Aether brachte, um alles Fett zu entfernen, und dann mit gleichen Theilen Essigsäure und Wasser untersuchte. Färbungen hatten nicht den gewünschten Erfolg. Er fand zwischen den einzelnen Zellen theils runde, theils ovale Sporen von 1—3 $\mu$ Durchmesser, meist in Gruppen. Ebenso beobachtete er Vermehrung der Sporen durch Abschnürung. Mycelien fand er nicht. Auch bei der gewöhnlichen Seborrhöe fand er denselben Pilz und kommt so zum Schluss, man könne die einfache Pityriasis capitis, die Pityriasis circinnata haarloser Hautstellen, sowie die wahre Seborrhöe zurückführen auf das Vorhandensein desselben Pilzes, des Mikrosporon dispar Vidal's oder des Saccharomyces furfur von Bizzozero und Malassez, eines Parasiten, der am behaarten Kopfe die so häufige kleienförmige Abschuppung bedingt, wenn er sich aber in den Haarbälgen festsetzt, die Alopecia pityroides, in den Talgdrüsen-Ausführungsgängen angesiedelt, die Seborrhöe, endlich aber, wenn er in den Epidermiszellen der glatten Haut wuchert, die Pityriasis circinnata bildet. Alle diese Erkrankungen seien also, wie schon auch Verlauf und Therapie beweist, parasitäre Erkrankungen der leichtesten Art. **Finger.**

**Kaposi.** Xeroderma pigmentosum und idiopath. multiplex. Pigmentsarcom der Haut. (Wr. med. Wochenschrift Nr. 44). 1885.

I. K. stellte in der Gesellschaft der Aerzte in Wien am 23. October 1885 ein Mädchen mit Xeroderma pigmentosum vor, bei welchem schon Carcinomknoten und in Epitelialkrebs übergehende warzige Gebilde im Gesichte zu sehen waren. Das Mädchen war neun Jahre alt und das älteste ihrer neun Geschwister, die gesund sind und kein Symptom dieser Krankheit darboten.

Conform den früheren Erörterungen des Verf. über dieses von ihm zuerst beschriebene Uebel wird auch jetzt hervorgehoben, dass die Krankheit schon im ersten bis zweiten Lebensjahre aufzutreten pflegt, in Form von Pigmentflecken (daher Melanosis lenticularis progressiva, Pick) auf Händen, Füssen und im Gesichte. Diese Pigmentation nimmt immer mehr zu, um im weiteren Verlaufe sich noch mit der eigentlichen Hautatrophie zu vergesellschaften, die mit Bildung pergamentartiger, weisser, narbenähnlicher glänzender



Flecke einhergeht. Dann kommt noch Carcinomatosis v. Sarcomatosis hinzu. Zumeist werden mehrere Kinder einer Familie befallen. Bis jetzt sind 38 Fälle dieser Krankheit gesehen worden.

II. Vorstellung eines Falles von idiopath. multip. Pigmentsarcom der Haut. Das Uebel beginnt auf den Beugeseiten der Hände und Füsse in Form von isolirten erbsengrossen Infiltraten brauner und rother Farbe; oder es entstehen erst diffuse cyanotische Flecke, die alsdann in derbe Infiltrate übergehen. Diese Infiltrate übergehen dann in faustgrosse knollige Geschwülste, die zum Theile noch der Rückbildung fähig sind. Allgemach schiessen neue Knoten auf, bis endlich die Patienten in 5—10 Jahren der Erschöpfung unterliegen, wobei nicht selten Knotenmetastasen noch in inneren Organen auftreten.

**Voltolini.** Die Anwendung der Elektrolyse zur spurlosen Beseitigung von Muttermälern und Warzen. (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 7. 1886.)

V. bedient sich des constanten Stromes einer nach seiner Angabe verfertigten Tauchbatterie. Für prakt. Aerzte genügt eine aus fünf Elementen bestehende Batterie, deren Preis auf 25 Mark zu stehen kommt. An die Leitungsschnüre kommen Handgriffe und an diese Platinnadeln. Sollten harte Objecte — Warzen — behandelt werden, dann kann eine Nadel von Stahl sein; doch die muss an dem negativen Pol befestigt werden. Die zu behandelnden Gebilde sollen gut angefeuchtet werden. Bei Gebilden, die das Hautniveau überragen, werden die Nadeln in der Hautebene eingestochen, und während der 5—10 Minuten langen Wirkung des Stromes nach verschiedenen Richtungen durchgestochen. Gewöhnlich genügt eine Sitzung behufs Beseitigung kleiner Neugebilde. Während der Stromwirkung sieht man an der Ausstichstelle der Nadeln weissen Schaum auftreten; zugleich wird das Gebilde weich und die anfänglich schwer einbringbaren Nadeln sind nun sehr leicht auszuziehen. Die Mäler mumificiren alsdann und fallen nach 8—14 Tagen spontan ab. Bei flachen Naevis wurden die Nadeln ganz flach eingeführt.

**Senator.** Ein Fall von Pemphigus acutus. (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 1. 1886.)

Ein 16jähriges, kräftiges Mädchen erkrankte vor zwei Tagen unter Fiebererscheinungen, Halsschmerzen und dem Ausbruche eines Flecken-



Exanthemes auf die Extremitäten, dem Stamme und Gesichte. Am dritten Krankheitstage waren zerstreut stehende, eiterig gefüllte Blasen von Erbsen- bis Haselnussgrösse auf der infiltrirten Haut zu sehen. Stellenweise Confluenz der Blasen und spontanes Bersten derselben, so dass die Epidermis in Fetzen abgelöst erscheint. Nebstbei auch einzelne Knötchen mit Pusteln auf der Spitze. Conjunctivitis, Pharyngitis und Tonsillitis und zeitweiliges Erbrechen. Harn eiweisfrei. Am vierten Krankheitstage kein Nachschub von Blasen, das bis jetzt stark benommen gewesene Sensorium wird freier. Langsames Eintrocknen der Efflorescenzen und reichliche Abschuppung, so dass am zwölften Krankheitstage alle krankhaften Erscheinungen abgelaufen waren. Heilung ohne Narbenbildung.

S. sieht in diesem Krankheitsbilde keine primäre Hautaffection, sondern eine allgemeine in die Gruppe der acuten Exantheme zu stellende Erkrankung.

Gegen die Natur eines localen Hautübels und somit gegen den Terminus „Pemphigus" streitet die Entwickelungsweise einzelner Blasen aus Knötchen und das klin. Bild des acuten Exanthemes mit einem Prodromalstadium. S. Schlägt daher vor, diese Form von Blasenausschlägen, die den Charakter einer acuten Infectionskrankheit tragen, und zunächst Kinder, seltener Erwachsene befallen, „Febris bulbosa" nach Wichmann zu bezeichnen.

**Köbner.** Hereditäre Anlage zur Blasenbildung. (Epidermolysis bullosa hereditaria.) (Deutsch. med. Wochenschrift Nr. 2. 1886.)

Aehnlich den Fällen Goldscheider's und Valentin's hat K. bei einer Mutter und ihren drei Söhnen eine Beschaffenheit der Epidermis beobachtet, die auf die leichtesten mechanischen Reize hin, mit Blasenbildung zu antworten sich äusserte. Die Blasen treten auf der Fusssohle, auf dem äusseren Fussrande und der Sohle, ferner zwischen den Zehen und am Fussrücken auf. Die Entwickelung der Blasen ging schon in der frühesten Jugend vor sich an den etwas stärker gewickelten Stellen oder wo die Fussbekleidung ein wenig leichter anlag.

Hämophilie und andere hereditäre Krankheiten sind in der Familie nicht nachzuweisen; auch haben die Kranken nie an Urticaria gelitten. Durch Bestreichen des Stammes mit dem Fingernagel ist keine Urticaria factitia hervorzurufen. Die Haut der Mutter als auch die der Kinder sieht normal aus. Die Mutter hat schon als Kind



wenn sie sich mit weiblicher Handarbeit beschäftigte, auch an den Händen Blasen bekommen. Die Entwickelung der Blasen geht bei der letzteren so vor sich, dass an der dem Drucke ausgesetzt gewesenen Stelle (Corset) sich ein rother juckender Streifen entwickelt, auf dem die Blasen an nächsten Tage aufschiessen. Der Blaseninhalt ist klar, auf den Füssen ist sowohl die Blasendecke, als auch der Blaseninhalt dichter als am Stamme.

Bei dem 15jährigen Sohne entstanden unter sanftem Reiben am Fussrücken zwei bohnengrosse nässende Stellen und eine schlaffe Blase. Die mikroskopische Untersuchung der abgekappten Blasendecke zeigt unter dem normalen Strat. corneum in ziemlicher Dicke eine Reihe von Zellschichten, die ganz normale Verhältnisse aufweisen. Diese Blasen entstehen also nicht auf Entzündungsbasis, sondern sind der Ausdruck einer angeborenen Epidermisbeschaffenheit, die K. Epidermolysis bezeichnet.

Die auf Seite 289 dieser Vierteljahresschrift referirten Fälle **Joseph's** sind, wie dort schon angeführt wurde, mit den hier referirten identisch. Herr Prof. **Köbner** theilt uns mit und ersucht uns zu bemerken, dass Herr **Joseph** diese auf Prof. **Köbner's** Poliklinik beobachteten Fälle nach einem poliklinischen Vortrage des letzteren und ohne sein Wissen veröffentlicht hat. Der Leser möge daher Prof. **Köbner** auch als Autor derjenigen Deutung ansehen, die dieses Material dort erhalten hat. Horovitz.

**Touton.** Ein Fall von erworbener idiopathischer Atrophie der Haut. (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 1. 1886.)

Bei einem 57 J. alten, sehr kräftigen, mit reichlichem Panniculus adiposus und guter Musculatur versehenen Manne besteht eine seit 35 Jahren langsam von der Peripherie der Extremitäten nach oben fortschreitende, auf beiden Seiten meist symmetrische Hauterkrankung. Die Krankheit äussert sich in einer excessiven Verdünnung der Haut, in einer auffallend leichten Verschieblichkeit auf der Unterlage, z. B. beim Versuche die Haut in Falten zu heben, ferner in einer tiefrothen Verfärbung, in einem Durchscheinenlassen der tieferliegenden Venen, Sehnen und Muskeln, in einem schwächeren Haarwachsthum, in stellenweiser Abschuppung und Anhäufung dicker Hornlagen. An der Aussenseite des linken Unterschenkels ist die Haut stark gespannt, weiss glänzend und ebenfalls verdünnt. Die Sensibilität und Motilität ist überall intact, ebenso die grobe Muskelkraft. Die atrophischen



Stellen an Händen und Füssen bei etwas stärkerem Drucke empfindlich. Nebstbei besteht Hyperidrosis pedum.

Die locale Application von 100 Percent Salicylseifenpflaster und die innere Darreichung von Arsentropfen hatten auf den Process keinen Einfluss.

Diese Veränderungen sind abzuleiten von einem starken Schwunde des Unterhautzellgewebes, ferner von einer Verdünnung der Cutis in toto und speciell von einer Reduction der elastischen Fasern. Daher die dünne Falte und deren Verbleiben in derselben Gleichgewichtslage. Die Farbenänderung dürfte mit der Atrophie der Epidermis u. z. mit dem Schwunde des Stratum granulosum zusammenhängen. Auch die Abschuppung deutet auf eine pathologische Ernährung der Epidermis. Mit dem atrophischen Stadium der Sclerodermie, mit Xeroderma und Liodermia neurotica hat dieser Process nichts gemein. Horovitz.

**G. Lewin.** Ueber Morbus Addisonii mit besonderer Berücksichtigung der eigenthümlichen abnormen Pigmentation der Haut. (Charité-Annalen X. Jahrgang.)

Es liegt uns die erste Hälfte dieser gross angelegten Arbeit vor, in welcher nicht nur die auf die Hautverfärbung bezüglichen Daten berücksichtigt werden sollen, welche vielmehr eine fast erschöpfende Darstellung aller auf diese Krankheit bezüglichen Momente zu geben verspricht. Im vorliegenden Theile ist zunächst eine in verschiedene Kategorien getheilte vollständige Casuistik gegeben, der sich eigene Beobachtungen des Autors anschliessen. L. beginnt hierauf die Darstellung der bisher über das Zustandekommen des Morbus Addisonii aufgestellten Theorien. Da die Arbeit unvollendet ist und erst im nächsten Jahre zum Abschluss gebracht werden soll, behalten wir uns das Referat über dieselbe für diesen Zeitpunkt vor.

**Hermann Cohn.** Ueber Pemphigus der Augen. (Vortrag, Breslauer ärztl. Zeitschr. Nr. 10, ff. 1885.)

Ein 4jähriger Knabe mit Pemphigusblasen und deren Resten an der Haut des ganzen Körpers und Bläschen an der Mundschleimhaut wurde am 15. Jänner 1885 aufgenommen. Der Hautausschlag hatte im Juli 1884 begonnen, und war Ende November — wo Dr. Illing in Troppau die Behandlung des Knaben übernahm — am ganzen Körper ausgebreitet. Am rechten Auge fanden sich grau belegte Plaques an der Conj. palpebr. inf., der Conjunctivalsack nicht auffallend geschrumpft; am linken Auge war Symblepharon post. beider Lider zu sehen, das obere Lid nicht umstülpbar, an



der Conj. bulbi eine Plaque, die 3 Mm. über den Rand der Cornea übergriff. Im weiteren Verlaufe trat Syncanthus auf, einzelne Plaques heilten zeitweilig, es tauchten dagegen neue Eruptionen auf, so dass links Ausbreitung der Plaques bis zur Mitte der Cornea mit Vascularisation derselben erfolgte.

Prof. Cohn fand rechts den Conjunctivalsack bis auf 2—3 Mm. geschrumpft, die Schleimhaut mit abstreifbarer durchsichtiger Haut belegt. Cornea am unteren Rande vascularisirt, bis zur Mitte von einer graublauen Plaque eingenommen, der obere Theil der Cornea durchsichtig. Lidspalte 2 Ctm. Finger werden erkannt. Linke Lidspalte 18 Mm. lang, Bindehautsack von unten und von den Seiten her beträchtlich geschrumpft, unteres Lid 4 Mm. breit. Die Conjunctiva sieht cadaverartig matt und bläulich aus. Der untere innere Cornealrand ziemlich normal, der grösste Theil der Cornea von einer bläulichen einen Mm. dicken Auflagerung bedeckt, welche in eine weissliche an der Conj. bulbi lateralwärts übergeht. Am oberen Theil der Cornea eine kleine dreieckige Partie noch durchsichtig, die nach oben von einer rosenrothen wulstigen Auflagerung begrenzt wird. Lider von aussen 4 Mm. weit verwachsen. An beiden Augen keine Blase sichtbar, die oberen Lider nicht umstülpbar. Während der bis 13. Februar dauernden Beobachtung verkürzten sich die Bindehäute immer mehr, die Lidspalten werden kleiner, an den Cornealrändern traten kleine Bläschen auf, während die Ueberwucherung und Trübung der Cornea fortschritt, so dass links nur schwer eine kleine durchsichtige Hornhautpartie zu erkennen ist, rechts circa 5 Mm. Cornea von Auflagerung frei blieb.

Der kleine Kranke wurde bald darauf von Breslau fortgeholt. Am 26. April soll die Hautaffection geheilt, die Cornea aber beiderseits vollkommen überwallt gewesen sein.

Der Autor führt die bisher veröffentlichten Fälle (12) an, bespricht die pathologische Anatomie, die Schwierigkeit der Diagnose, die wohl nur aus der gleichzeitigen Gegenwart der Hauterkrankung gemacht werden kann, und schildert nach seiner eigenen Erfahrung und den in die Literatur niedergelegten Beobachtungen die Veränderungen, welche der Pemphigus an der Conjunctiva hervorruft, sowie Prognose und Therapie dieser Krankheit.

**W. B. Hadden.** Atrophie der Nebennieren mit Morb. Addisonii. (Bericht der Patholog. Society of London. — The British medical Journal, 23. Mai 1885. p. 1043.)

W. B. Hadden berichtet über den Verlauf eines Falles von M. A. bei einer 30jährigen Frau. — Die Krankheit, die im Uebrigen keine aussergewöhnlichen Symptome producirte, verlief binnen acht





Monaten tödtlich. Die Eingeweide wurden bei der Section frei von Tuberculose gefunden. Die Nebennieren waren kleiner, namentlich im Dickendurchmesser. Ihre Form und Farbe unverändert. Die Oberfläche leicht gekerbt. Die Sympathicus - Ganglien zeigten makroskopisch keine Veränderungen.

Auf Schnitten fand man, dass in beiden Nebennieren interstitielle Bindegewebswucherung — ähnlich wie bei Lebercirrhose — aufgetreten war, und die Parenchymzellen grossentheils atrophirt waren. H. glaubt, dass durch diese Atrophie die Sympathicusfasern in Mitleidenschaft gezogen wurden.

Kingston Fowler berichtet über einen ähnlichen Fall bei einer 26jährigen Frau. In der rechten Nebenniere fanden sich Verkalkungen und käsige Knoten, die linke war stark geschrumpft.

An diese Mittheilungen schliesst sich eine Discussion über die Ursache des M. A., an der Wilks, Hale, White, V. Horsley und Bristowe theilnahmen.

**Saundby.** Atrophie der Nebennieren. (S. Bericht der Patholog. Society of London. — The British medical Journal, 23. Mai 1885. pag. 1043.)

Saundby referirt über die Krankheit eines 19jährigen Mädchens, bei dessen Obduction beiderseitige Atrophie der Nebennieren und Milzvergrösserung vorgefunden wurde. Die Symptome im Leben waren im Allgemeinen die des M. Addisonii. Sechs Monate vor dem Tode war Fieber mit Milzvergrösserung aufgetreten. Ihr Harn war immer dunkel und enthielt viel Indikan. Die Pigmentation an der Haut war relativ gering, an den Schleimhäuten war überhaupt keine Pigmentirung wahrzunehmen.

**Th. S. Britto.** Ueber Leukoderma und ähnliche Affectionen und deren Behandlung. (The British medical Journal. 25. April 1885. S. 834).

Britto bespricht die bekannten Symptome der Vitiligo, ihre Pathologie etc., ohne neue Thatsachen oder Ansichten zu bringen. Zur Behandlung macht B. Vorschläge, die er noch nicht praktisch erprobt, sondern nur aus theoretischen Erwägungen ersonnen hat.

1. Application von entzündungserregenden Mitteln, welche erfahrungsgemäss starke Pigmentation produciren auf die weissen Flecke.



2. Excision der weissen Flecke und Heilung durch Granulation.

3. Excision mit Transplantation pigmentirter Haut.

4. Injectionen von Argent. nitricum in die Haut mit folgender Einwirkung des Sonnenlichtes.

5. Einreibung mit Silbersalben oder Tättowirung.

6. Langdauernder innerlicher Gebrauch von Nitras argenti.

Es werden sich wohl einige Aerzte geneigt finden, nach dem Wunsche B.'s praktisch zu erproben, ob der durch eine der vorgeschlagenen Methoden erzielte Erfolg weniger entstellend ausfallen wird, als die Vitiligoflecke selbst.

**Seymour Taylor.** Morbus Addisonii. (S. Bericht der Patholog. Society of London. — The British medical Journal, 25. Mai 1885. pag. 1043.)

Seymour Taylor berichtet über den histologischen Befund an den Nymphen einer 35jährigen an M. Add. verstorbenen Frau. Nur die Nebennieren waren verkäst. Pigment fand sich in den tieferen Zellen des Rete und zwischen denselben, sowie in zerstreuten Zellen in der Cutis. Riehl.

**Joseph.** Beitrag zur Therapie der Leukoplakia. (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 43. 1885.)

In einem Falle von Leukoplakia lingualis diffusa, buccalis et labialis sparsa, den Verfasser auf Tabakgenuss zurückführt, obzwar der Patient vor etwa 35 Jahren einen Schanker, angeblich ohne Consequenzen hatte, wurde concentrirte Milchsäure mit bestem Erfolge auf die stark verhornten und rhagadischen Stellen applicirt. J. hat die complete Heilung der erkrankten Zunge zwar nicht wahrgenommen, glaubt aber schliessen zu dürfen, dass sie in 14 Tagen eintreten werde.

**Weyl.** Beitrag zu den Dermatosen der Glans penis. (Deutsche med. Wochenschr., Nr. 8. 1885.)

Weyl sah einige flache Narben auf der Glans penis nach einem Herpes präputialis; ferner berichtet er über specifische Plaques auf der Glans, die man mit Lichen ruber verwechseln könnte, die aber





auf eine Hg-Cur schwanden, und endlich beschreibt er die Efflorescenzen eines Lupus erythematoses auf der Glans. Horovitz.

## Chorioblastosen.

**Barduzzi.** Die Aetiologie des Lupus vulgaris. (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. Nov. u. Dec. 1885.

Nachdem Verf. alle Ansichten über Zusammenhang des Lupus mit der Tuberculose besprochen, theilt er in fragmentarischer Weise Versuche von Ueberimpfung von Lupus auf Thiere mit, welche ihn zur Ueberzeugung berechtigen, Lupus sei das Produkt eines mit dem Tuberkelbacillus identischen Mikroorganismus, also als locale Tuberculose aufzufassen, deren Verlauf durch die Elemente, in welchen sich der Mikroorganismus entwickelt, modificirt wird. Finger.

**Charles Frederick Moore.** (Dublin.) Molluscum fibrosum seu simplex. (The Brit. med. Journ. Oct. 1885.)

Es wird ein, eine 71jährige, kräftige, sonst völlig gesunde Frau betreffender Fall von multipler Bildung derartiger Geschwülste mitgetheilt. Ein Theil derselben war angeboren, die Mehrzahl hatte sich allmälig, besonders in den letzten 25 Jahren entwickelt. Dieselben sassen am Kopfe, im Gesichte, am Nacken und an den Armen in grosser Zahl, die grösseren derselben waren pendelnd. Im Anschlusse an die Mittheilung wird die Differenzialdiagnose zwischen Fibroma molluscum simplex und contagiosum besprochen, die nichts wesentlich Neues enthält.

**Beaven Rake** (Trinidad). Two cases of acute abscess occuring in anaesthetic Leprosy: Amputation. (The Brit. med. Journ. Sept. 1885.)

Fall I. Ein 30jähriger, wegen Lepra anaesthetica seit drei Jahren im Lepra-Asyl befindlicher Neger, erkrankte plötzlich ohne nachweisliche Ursache unter Fieber an einer schmerzhaften Anschwellung über dem linken Handgelenke, welche zu einem fluctuirenden Abscess heranwuchs. Trotz Entleerung desselben keine Besserung. Zunehmende Schwellung des ganzen Vorderarmes und pyämische Erscheinungen machten die Ablatio antibrachii nothwendig. Einen Monat nach der Operation war der Amputationsstumpf völlig verheilt. Der Wundverlauf war ein normaler. Nach vier Wochen kam es zur Bildung zweier metastatischer Abscesse, eines in der rechten hinteren Halsregion und eines zweiten über dem rechten Augenlid, welche mit dem



Messer eröffnet werden mussten. Nach ungefähr viermonatlicher Dauer war völlige Heilung an allen Wunden eingetreten.

Fall II. Ein seit neun Jahren im Lepra-Asyl verpflegter 27jähriger Hindu erkrankte an einem heissen Abscess über dem rechten Handgelenke. Trotz Incision und Entleerung desselben schreitet die Eiterung längs der Gefässscheiden auf den Oberarm weiter. Eilf Tage nach den ersten Erscheinungen musste zur Amputatio humeri geschritten werden. Fünf Stunden nach der Operation trat der Tod ein.

Ueber die leprösen Erscheinungen an dem Kranken ist nichts angegeben.

**John Lindsay Steven** (Glasgow). The Leprosy-Bacillus. (The Brit. med. Journ. July 1885.)

Der Verfasser hatte Gelegenheit Hautstücke eines Falles von hochgradiger Lepra tuberosa mikroskopisch zu untersuchen. Die davon genommenen Schnittpräparate wurden zur Darstellung von Bacillenbildern sowohl nach der Ehrlich'schen als auch nach der Gram'schen Methode gefärbt, welch letztere bei weitem schönere Bilder lieferte. S. bestätigte in Allem und Jedem die Angaben Neisser's und Hansen's, betont das überaus häufige Vorkommen der Bacillen in Haufen im Innern der sogenannten Leprazellen, wenngleich eine grosse Zahl auch ausserhalb derselben frei im Gewebe oder in Lymphbahnen zu liegen scheint. Nach den Untersuchungen S.'s unterscheiden sich die Lepra- von den Tuberkelbacillen durch etwas schmächtigeren Habitus und eine etwas geringere Grösse.

Hochsinger.

**Paulsen.** Ein Fall von Lepra tuberosa. (Monatsschr. f. prakt. Dermatologie, Nr. 1, 1886.)

Bei einer mit allgemeiner Lepra der Haut behafteten, 64 Jahre alten Frau aus Kaukasien konnte P. Lepra der Rachen-, Nasen- und Kehlkopfschleimhaut beobachten. Die Schleimhautlepra manifestirte sich in Form von geschwürigen Knoten, Infiltraten und schleimig-eitriger Absonderung. Die Diagnose Lepra wurde gesichert durch den Nachweis von Bacillen im Nasen- und Rachenschleime. Die Kranke entzog sich der weiteren Behandlung. Horovitz.

## Dermatomykosen.

**T. F. Pearse.** Eine fieberhafte Krankheit begleitet von eczemartigen Eruptionen, übertragen vom Kalb. (The British medical Journal. 8. Aug. 1885. S. 249.)



Der Kranke (Castrator) nannte die Affection am Kalb „Ringworm". P. sah dieselbe niemals am Thiere.

Die Affection beginnt mit Unwohlsein, Schwächegefühl, Appetitmangel und Fieber (99·5° — 102° F.) Diese Erscheinungen dauern fast einen Monat lang mit gegen Ende dieser Zeit abnehmender Intensität. Die Eruption besteht aus entzündlichen Flecken, welche bald reichlich nässen und sich mit harten gelben Krusten bedecken. Die Haut ringsum ist hart anzufühlen, verdickt, die Lymphdrüsen leicht geschwollen. Die Plaques sassen am Kinn, an den Unterkiefern, an Stirne, Brauen und Wangen und waren in der unteren Gesichtshälfte confluirend. Auf Application von Quecksilber und Zinkoleat heilten die Stellen.

P. glaubt die Fiebererscheinungen aus der Ausbreitung der entzündlichen Erkrankung erklären zu können, hält die Affection aber weder für Herpes tonsurans, noch für Eczem „wegen der Verdickung der Haut und der geringen Schmerzhaftigkeit".

(Genauere Angaben über die Symptome, den Verlauf, die ätiologischen Momente etc. fehlen.)

**A. J. Harrison.** Eine neue Methode zur Behandlung des Herpes tonsurans. (The British medical Journal. 5. Sept. 1885. pag. 434.)

Veranlasst durch den geringen unsicheren Erfolg vieler zur Behandlung des Herpes tonsurans empfohlener Heilmittel, suchte H. ein Mittel ausfindig zu machen, das leicht in die Haare und Haartaschen eindringt und dort die Pilzelemente direct zerstört.

Nach mannigfaltigen Experimenten erwies sich folgende Methode als sehr wirksam und empfehlenswerth. Die an Herpes tonsurans erkrankten Partien der Kopfhaut werden mit Charpiebäuschchen bedeckt, die in einer Lösung (I) von $^1/_2$ Drachm. Jodide of potassium auf eine Unze Liquor potassae (ie : cc. 2·0 : 30·0 Gr.) getränkt werden. Es kann ungefähr ein Drittel der ganzen Kopfhaut auf einmal in Behandlung genommen werden — nur selten treten nach der Application Reizerscheinungen auf, in solchen Fällen wird die Lösung (I) verdünnt. Darauf wird eine Lösung (II) von 3 Gramm mercuric chloride auf eine Unze Spirit of nitre (ie : cc 0·2 : 30 Gr.) auf die kranken Stellen gebracht und in dieser Weise nach und nach die ganze kranke Hautpartie behandelt. Nach einer Woche finden sich schon weniger Pilze



— nach circa 50 Tagen fehlen sie gänzlich, der Haarwuchs regenerirt sich allmälig. Zur Erleichterung der Application werden die Haare kurz geschnitten. Haare und Hautoberfläche nehmen gelbliche Farbe an. H. hat 30 Fälle in dieser Weise geheilt. Der Vortheil der Methode liegt darin, dass die Haare durch die Kalilösung erweicht und gleichzeitig bis in ihre Wurzeln mit Kaliumjodid durchtränkt werden. Bei der Application der Lösung II kommt nun Sublimat in den Haartaschen und in den Haaren selbst mit dem Kalium in Berührung und bildet Hg bijodat. rubrum, das als vorzügliches antiparasitäres Mittel bekannt ist. In einer Note empfiehlt H. auf Veranlassung des Prof. Shenstone statt der ätherischen Sublimatlösung wässerige anzuwenden.

**S. F. Payne.** Ueber die Behandlung des Herpes tonsurans. (British medical Journal 23. Mai 1885. pag. 1031 sq.)

Das Hauptprincip der Behandlung besteht darin, dass man pilztödtende Mittel auf die Haut bringt — die entzündungerregenden haben minderen Werth. Die Schwierigkeit liegt darin, die parasiticiden Substanzen mit den Pilzen in wirksamen Contact zu bringen. Den Nährboden für den Wachsthum der Pilze untauglich zu machen, ist leider ohne gleichzeitige Zerstörung desselben unmöglich. Ringworm hat einen äusserst chron. Verlauf und kann an nicht behaarten Stellen in jedem Lebensalter entstehen — am behaarten Kopf aber wird er fast ausschliesslich bei Kindern beobachtet. Die grösste Empfänglichkeit besteht zwischen dem 4. bis 15. Lebensjahre. Es scheint auch individuelle Disposition eine Rolle zu spielen. Bei frühzeitiger Infection ist die Krankheit immer hartnäckiger. Die Spontanheilung geschieht zumeist durch Vereiterung der Haarfollikel mit starker Schwellung der Haut (Kerion). Tritt dieser Zustand gegen die Pubertätszeit auf, so ist spontane Heilung fast sicher zu erwarten. In Familien, in welchen mehrere Kinder erkrankt sind, ist meist das jüngste mit der hartnäckigsten Form behaftet. Das Allgemeinbefinden hat keinen Einfluss; gerade kräftige, sonst gesunde Kinder, erkranken am leichtesten. Dickes, eben so wie dunkles Haar scheint weniger leicht Trichophyton zu beherbergen, als feines blondes Haar.



Die Behandlung besteht in Folgendem:

1. Die Haare werden entweder rasirt oder kurz geschnitten.

2. Die Kopfhaut wird täglich mit milder Seife gewaschen.

3. An den kranken Stellen werden alle Haare epilirt, während der Kopf mit Sublimatwasser befeuchtet wird.

4. Werden parasiticide Mittel angewandt.

Die Auswahl der letzteren ist sehr gross und schon längst in Gebrauch. Als Vehikel werden Wasser, Glycerin, Alkohol, Chloroform, Fette oder Vaseline gebraucht. Den Vorzug verdienen Fette, die am leichtesten eindringen. P. verwendet am häufigsten Salben mit Hydr. nitric. und Creosot, weissem Präcipitat und Schwefel, Oleat. mercur., Carbolsäure, Borsäure; in letzter Zeit Eucalyptusöl. (Paraffin 2 p. Vaselin, Eucalyptusöl ca. 1 p.) P. empfiehlt die Verwendung von Borsäure, Carbolsäure etc. in wässriger Lösung bei Tage, Einreibung einer parasiticiden Salbe (Flanellhaube) bei Nacht; nach circa 14 Tagen wird die Kopfhaut einmal mit Jodtinctur oder mit Coster's paint (1 Thl. Jod : 4 Thl. Theer) eingerieben. Dies genügt in ein halb bis zwei Drittel der Fälle. Bei hartnäckigeren Fällen werden die beiden letzteren Mittel so oft applicirt, bis sie Blasen ziehen; dabei werden die Waschungen eingeschränkt. Sollte dies nicht zum Ziele führen, wird der behaarte Kopf täglich mit 5% Quecksilberoleat mittelst Schwamm benässt (Flanellhaube) und nach 14 Tagen gewaschen; es entsteht auf diese Weise meist Dermatitis oder doch starke Abschuppung. Nach Ablauf dieser Zeit wird ein einfacheres Verfahren verwendet und der Effect controllirt. Sollten noch kranke Haare sich vorfinden, wird die Anwendung des Hg-Oleats wiederholt.

Schliesslich kann bis zur künstlichen Production geschritten werden; dieses Verfahren (Dr. Alder Smith) wird jetzt nur mehr selten gebraucht.

Zur Behandlung des Herpes tonsurans an der nicht behaarten Haut, genügen Bepinselung mit Jodtinctur und Seifenwaschungen.

Bei der Sykosis parasitaria ist dasselbe Verfahren wie an der Kopfhaut gebräuchlich, nur muss hier zeitweise wegen der starken Entzündungserscheinungen antiphlogistisch vorgegangen werden. (Bleiwasserumschläge.)



**T. Robinson.** Alopecia areata, Sykosis parasitaria und Herpes tonsurans trunci an einem Individiuum. (The British medical Journal. 25. Mai 1885. pag. 1040.)

R.'s Patient zeigte unsymmetrische absolut kahle Stellen an der Kopfhaut, charakteristischen Herpes tonsurans im Nacken und am rechten Handrücken. Eine Plaque im Nacken reichte zur Hälfte in die behaarte Kopfhaut, die Haare waren nicht abgebrochen.

R. schliesst: 1. Die Ursache der drei Affectionen ist eine gemeinsame. 2. Bei Erwachsenen bietet die Kopfhaut nicht die Bedingungen zur Entstehung der Tinea tonsurans. 3. Alopecia ist das Prototyp von Tinea tonsurans. Riehl.

# Venerische Krankheiten.

## Gonorrhoische Processe.

**M. Bockhart.** Ueber die pseudo-gonorrhoische Entzündung der Harnröhre und des Nebenhodens. (Monatshefte f. Dermatologie. Nr. 4, 1886.)

Fünfzehn Fälle von katarrhalischer Urethritis, der B. die Benennung pseudo-gonorrhoische Entzündung beilegt, bilden nebst den Resultaten mikroskopischer Untersuchung des Secretes und den mehrfachen Züchtungsversuchen sowie den Impfungen mit den Reinculturen das Substrat der Publication.

Für das praktische Interesse gibt Verf. am Schlusse seiner Arbeit nachfolgendes Resumé:

„1. Es gibt eine pseudo-gonorrhoische, acute, gutartige Harnröhrenentzündung, die in Folge einer Infection durch Spaltpilze des Scheidensecretes entsteht. Derartige pathogene Spaltpilze sind unter anderen, noch unbekannten, die oben beschriebenen kleinen Staphylococcen und wahrscheinlich auch die ovoiden Streptococcen.

2. Es gibt eine pseudo-gonorrhoische Nebenhodenentzündung, die sich im Anschlusse an eine pseudo-gonorrhoische Urethritis entwickeln kann.

3. Diese gutartige, aber durch Infection entstandene Urethritis kann mit beginnender Harnröhrengonorrhöe verwechselt werden. Es ist daher bei der Beurtheilung der Natur und Entstehungsweise einer acuten Harnröhrenentzündung sowie auch einer Nebenhodenentzündung auf diese beiden hier beschriebenen Formen der Urethritis und Epididymitis Rücksicht zu nehmen. **Mracek.**

**Hausmann.** Zur Verhütung des Trippers. (Deutsche med. Wochenschrift, Nr. 25, 1885.)





Da der Ausbruch der Augenblennorrhöe am sichersten durch Einträufeln einer 2 Percent Höllensteinlösung zu verhindern ist, so glaubt H. auch die Blennorrhöe der männlichen Harnröhre durch Einspritzung einer 2 Percent Höllensteinlösung längstens eine Viertelstunde nach stattgehabtem verdächtigen Coitus hintanzuhalten. Entsprechend dem grösseren Infectionsfelde jedoch sollen in die Harnröhre etwa 10 Tropfen injicirt werden.

**Lomer.** Ueber die Bedeutung und Diagnose der weiblichen Gonorrhöe. (Deutsche med. Wochenschrift, Nr. 43, 1885.)

Bei der grossen Wichtigkeit in der Wahl geeigneter Mittel gegen die Gonorrhöe des weiblichen Geschlechtstractus und der Neigung des Processes die inneren Abschnitte der weiblichen Genitalien zu befallen, ist es nothwendig, eine sichere Diagnose dieses Uebels zu machen. Da mitunter Vulva u. vagina keine deutlichen Zeichen eines specifischen Katarrhes darbieten, muss eine genaue Inspection des vaginalen Uterusantheiles vorgenommen und das ausfliessende Uterus- und Vaginal-Secret untersucht werden. Doch hier stossen wir auf ein grosses Hinderniss. Die Mikroorganismen des Vaginalsecretes zeigen nicht immer das für die Gonococcen beanspruchte charakteristische Verhalten: Intracelluläre Coccen und die Haufenform; selbst da nicht, wo eine klinisch sichergestellte Gonorrhöe vorhanden ist. Doch selbst der intracelluläre Befund der Gonococcen ist mehr kein sicherer diagnostischer Anhaltspunkt, seitdem wir wissen, dass die Vulvovaginitis der Kinder diesen Befund darbietet und auch im Lochialsecrete ähnliche Befunde von Lomer, Zumm und Openheimer gemacht wurden. L. räth darum nebst der mikroskopischen Untersuchung des Uterinalsecretes auf Coccen noch die sehr genaue Inspection der Portio vorzunehmen. Sterilität, das Nachlassen der Menstruation, das Constatiren einer Para- und Perimetritis oder Salpingitis nebst einer Confrontation des Mannes führen zur richtigen Diagnose.

Horovitz.

**R. Clement Lucas.** Ueber gonorrhoischen Rheumatismus bei Kindern als Folge von purulenter Ophthalmie. (Brit. med. Journ., Juli 1885.)

Verf. theilt zwei Krankengeschichten von Säuglingen mit, die mit Blennorrhöe conj. zur Welt gekommen waren und die bald nach



ihrer Geburt Anschwellungen mehrerer Articulationen, besonders aber der Kniegelenke bekamen. Sowohl der Verlauf der Affection als die Therapie bestimmen den Autor den Grund dieser Anschwellungen in dem Vorhandensein der Blennorrhöe ophth. zu suchen und an der Hand noch weiterer Beobachtungen, auch an Erwachsenen, meint er, dass für gar viele Gelenksaffectionen die Aetiologie im gonorrhoischen Virus zu finden sei, was bisher aus leicht begreiflichen Gründen übersehen worden sei. Schiff.

**Scarencio.** Ueber einige Irrthümer bei der Diagnose der Krankheiten der Bartholin'schen Drüse. (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. Nov.-Derb. 1885.)

Verf. bespricht einen Fall von Leistenhernie, die in das grosse Labium vorgefallen, zu einer Kothfistel Veranlassung gab, die als geborstener Bartholin'scher Abscess angesehen wurde, weiters über einen Fall einer durch Strictur des Rectums bedingten Rectalfistel, die durch ihre Ausmündung am Rande des grossen Labiums zu dem gleichen diagnostischen Fehler Veranlassung gab. Finger.

## Zur Contagienlehre der Syphilis.

**L. Hugo Marcus.** Thèse de Paris 1885. (Annales de Dermat. et Syph., p. 746.)

Der Verf. kommt nach Aufzählung der bisher bekannten Forschungsresultate zu folgenden Schlüssen:

1. Die Ursache der Syphilis ist ein Mikrob und zwar ein Coccus, der einen Diameter von 0·5 bis 1·0 hat, der mit Genzian violett leicht färbbar ist.

2. Man trifft ihn in den Produkten der Syphilis und ihrer Secrete in grösster Zahl, aber in Primäraffecte. Der Coccus ist stets in Gruppen von 6—7 einen Rosenkranz bildenden Exemplares zu finden. Er hat seinen Sitz im Granulationsgewebe, im Intercellulargewebe und oft in der Zelle selbst.

3. Die Culturen der Coccus gelingen, produciren in der ersten Generation Bacillen; die vierte Generation ist unfruchtbar.

4. Das Blut der Luetischen enthält weder Coccen noch Bacillen. Der Syphilicoccus färbt sich leicht nach der Methode Ehrlich und Hirschfeld. Er widersteht dem Alkali, und seine Färbung weicht sehr saurem Alkohol.



5. Impfungen mit Reinculturen des Coccus ergaben an Thieren ein negatives Resultat. Zeissl.

**Carmelo Andronico.** Ueber die parasitäre Genese der Syphilis. (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. März, April 1886.)

Nach einer Zusammenstellung der in Frage kommenden Literatur theilt Verf. seine Beobachtungen mit: Beobachtung I: In einem flachen Hauttuberkel hat Vf. Coccobacterien von 0·00028—0·0054 Met. Länge gefungen, dieselben in Glycerin gezüchtet und einem Kaninchen zwei Injectionen in die Bauchhaut und Rippengegend gemacht. Nach 20 Tagen hat sich an einer der Injectionsstellen ein harter Knoten entwickelt, der an der Oberfläche nach weiteren acht Tagen eine flache Erosion darbot, welche von indurirten Rändern eingeschlossen war. In der Leiste zwei schmerzhaft geschwellte Drüsen. Zur Zeit der Verbreitung des Geschwürs ergab die Untersuchung des Blutes spärliche Bacillen. Beobachtung II: Im wasserhellen Secret eines Pemphigus syphiliticus fand Vf. zu verschiedenen Malen Coccen von der Länge von 0·00548—0·0278 Meter. Mit diesem Secret wurden Impfungen an der Unterlippe einer Katze vorgenommen. Nach zwölf Tagen entwickelte sich daselbst ein kleiner schmerzloser derber Knoten, der nach einigen Tagen zerfiel und die Grösse eines 2-Cents erlangte. Nach drei Wochen beginnende Vernarbung. Zu derselben Zeit entwickelten sich Papeln von Stecknadelkopfgrösse am Unterleib, den Ohren, der Rippengegend, Ausfall der Haare, das Thier magerte ab. Das Blut zeigte Bacillen in grosser Menge in langsamer Bewegung. Nach des Vfs. Ansicht sei die Genese und Verlauf der Syphilis sehr wohl durch die parasitäre Theorie erklärbar, ebenso die Wirkung des Quecksilbers und hofft er auf Impfungen nach Art der Pasteur'schen gegen Lyssa. Finger.

**F. S. Eve** and **A. Lingard.** On a Bacillus cultivated from the blood and from diseased tissues in Syphilis. (The Lancet. 10. April 1886.)

Schon im Jahre 1884 war es den Verfassern gelungen, in primären Indurationen und in Gummen Bacillen mikroskopisch nachzuweisen. Nun berichten dieselben über erfolgreiche Culturversuche, welche mit dem Blute und den excidirten Gewebspartikeln fünf syphilitischer Individuen angestellt wurden. Es wurde überall ein



sporenhaltiger Bacillus, welcher in allen Culturen identisch wuchs, gezüchtet, welcher sich auch mikroskopisch mit der von ihnen in den syphilitisch erkrankten Geweben gefundenen Bacillen völlig gleichartig erweist.

Morphologisch stellen sich die E.-L.'schen Mikroorganismen dar als kürzere oder längere stäbchenförmige Gebilde, mit rundlichen, häufig keulenförmigen Endanschwellungen. An den längeren Stäbchen sind in der Regel ungleich intensiv gefärbte Segmente wahrzunehmen, indem drei bis acht tief dunkelgefärbte Abschnitte des Zellleibes vermittelst ungefärbter Protoplasmastücke zu kettenförmigen Gebilden vereint und von einer hyalinen Hülle umgeben erscheinen. Die Färbung gelingt am besten mit einer Lösung von Humboldt-Roth, in Anilinöl und Alkohol und Alkoholentfärbung, doch führt auch die Gram'sche Methode zu positivem Resultat.

Bei Anwendung der Lustgarten'schen Methode an Gewebsschnitten gelang es den Autoren nie, Bacillen zu Gesichte zu bekommen; ihre Bacillen sind aber auch von den Lustgarten'schen grundverschieden.

Die Culturen wuchsen auf Blutserum, erstarrtem Hydrokelenserum und auf Agar-Agar. Es gelang dem Verf. auch die Alvarez-Tavel'schen Smegmabacillen auf festem Nährboden zu züchten und die tinctorielle Verschiedenheit derselben von ihren Syphilisbacillen zu demonstriren.

Zum Schlusse geben die Autoren ihrer, wie sie glauben, berechtigten Hoffnung Ausdruck, dass es ihnen durch weiter fortgesetzte Untersuchung zweifellos gelingen müsse, die pathogene Natur ihrer Syphilismikroorganismen mit Sicherheit zu erweisen. Hochsinger.

**Kassowitz** und **Hochsinger.** Ueber einen Mikroorganismus in den Geweben hereditär-syphilitischer Kinder. (Wien. med. Blätter, 1886. 1, 2 und 3. — München. med. Wochensch. Nr. 23. 1886. Ref. Kopp.)

In fünf schweren Fällen von zweifelloser hereditärer Syphilis fanden Kassowitz und Hochsinger in den verschiedenen von einander weit entfernten Organen und Geweben einen durch Gestalt, Grösse und Anordnung wohl charakterisirten Mikroorganismus, dagegen wurde derselbe niemals in den entsprechenden Geweben nicht syphilitischer Kinder gesehen. Das gehäufte Vorkommen dieser Mikroorganismen ist an die bekannten makroskopischen und histologischen durch die hereditäre Syphilis bedingten Ver-



änderungen gebunden. Der Hauptsitz desselben ist das Gefässsystem und die im nächsten Bereiche der Blutgefässe gelegenen Gewebstheile. Diese Mikroorganismen sitzen vorwiegend an der Oberfläche der rothen Blutkörperchen, sie finden sich niemals im Innern von Zellen und in dicht gewebten Grundsubstanzen; dieselben scheinen also ein lebhaftes Sauerstoffbedürfniss zu empfinden, was auch dadurch bewiesen wird, dass sie in solchen Gegenden auch in weiterer Entfernung von den Blutgefässen angetroffen werden, zu denen die atmosphärische Luft gelangen kann, so im blosgelegten Corium und in den Lungenalveolen. Die Unterscheidung dieses Spaltpilzes von anderen Mikroparasiten gründet sich auf eine gleichzeitige Berücksichtigung seines Verhaltens gegen Farbstoffe, seiner kettenförmigen Anordnung und seiner Beziehung zu den Blutgefässen. Die etwa in Betracht kommenden Streptococcenformen, diejenigen des Erysipelas und den Streptococcus pyogenes (Rosenbach) glauben die Verfasser ausschliessen zu dürfen, denn der erstere finde sich niemals in den Blutgefässen (nach Fehleisen), der letztere aber sei als Erreger von Eiterungsprocessen nothwendigerweise an Eiteransammlungen (?) gebunden, solche aber fanden sich von den Pemphigusblasen abgesehen weder im Corium noch im subcutanen Bindegewebe, noch in den Knochen oder den parenchymatösen Organen. In dreien der zur Untersuchung gelangten fünf Fälle waren auch keine Pemphigusblasen vorhanden. Eine etwaige Beziehung dieser Spaltpilze zu postmortalen Fäulnissprocessen wird wegen ihres constanten Verhältnisses zu den specifischen histologischen Veränderungen und wegen des constanten Vorkommens gerade in den Blutgefässen ausgeschlossen. Ausserdem findet man in faulenden Geweben stets verschiedenartige und zwar meist stäbchenförmige Bacterien. Die Verfasser gewannen ihre Befunde mittelst einer geringen Modification des vorzüglichen Gram'schen Verfahrens, indem sie eine concentrirtere Farbstofflösung benützten (30 Theile einer gesättigten alkoholischen Gentianaviolettlösung auf 70 Theile Anilinwasser). Auch Doppelfärbungen konnten durch Vorfärben der Schnitte mit Picrocarmin erzielt werden. Vorsichtig vermeiden es die Verf. vorläufig, über das causale Verhältniss zwischen den beschriebenen Organismen und der schweren ererbten Infectionskrankheit bestimmte Ansichten zu formuliren, meinen aber doch, dass die Auffindung dieser Organismen in den Blutgefässen und Geweben hereditär-syphilitischer Kinder keine bedeutungslose Episode in der Geschichte der Syphilisforschung darstellen werde.

**Kolisko.** Ueber den Kassowitz-Hochsinger'schen Mikrococcenbefund bei Lues congenita. (Ibid. 4. München. med. Woch. Nr. 23. 1886. Ref. Kopp.)

Schon acht Tage nach Erscheinen des Schlussartikels der Kassowitz-Hochsinger'schen Arbeit finden wir in denselben Blättern eine von Animosität nicht ganz freie Entgegnung Kolisko's, welcher gegenüber den



soeben erwähnten Befunden die nachfolgenden, wie mir scheint theilweise berechtigten Einwände geltend macht: Die Veröffentlichung solcher Befunde sei verfrüht, so lange nicht jede Möglichkeit einer Verwechselung mit anderen nicht der Syphilis angehörenden Mikroorganismen auszuschliessen sei. Er konnte zwar die Thatsächlichkeit der Befunde von K. und H. völlig bestätigen (auch Ref. hat sich an den ihm durch die Liebenswürdigkeit Dr Hochsinger's zugegangenen Präparaten davon überzeugt) glaubt aber dass denselben absolut keine ätiologische Bedeutung für die syphilitischen Krankheitsprocesse zugeschrieben werden könne, da er einerseits trotz genauester Befolgung der von Kassowitz und Hochsinger angegebenen Methode in einer grossen Anzahl von Nachuntersuchungen an den specifisch erkrankten Geweben Neugeborener niemals in der Lage war, ähnliche Bilder zu erhalten, einen einzigen Fall ausgenommen, in welchem er den Grund von Blasen und Pusteln der Haut eines vierzehn Tage alten hereditär syphilitischen Kindes mit zahlreichen zum Theil in Reihen angeordneten Coccen bedeckt und durchsetzt fand; auch wurden in diesem Falle im Blut der Hautgefässe unter den Blasen Mikrococcen nachgewiesen, jedoch nie kettenförmig sondern einzeln oder zu zweien angeordnet. Andererseits aber glaubt er auch eine sehr einfache Erklärung des Streptococcenbefundes von K. und H. geben zu können. Bei der grossen Empfänglichkeit hereditär-syphilitischer Kinder für septische Infectionen, und bei der Leichtmöglichkeit einer septischen Infection von vereiterten Pemphigusblasen oder von der Nabelwunde aus, müsse es ausserordentlich wahrscheinlich erscheinen, dass es sich in vier der untersuchten Fälle um septische Processe handelt, während er den Coccenbefund in einer todtfaulen Frucht überhaupt nicht für die Entscheidung der vorliegenden Frage verwerthbar hält. Der enorme Coccenreichthum in den beschriebenen Fällen aber wird als ein postmortales Wachsthum jener Mikroorganismen erklärt. Kolisko ist der Ansicht, dass es sich wahrscheinlich um den Streptococcus pyogenes (Rosenbach) handelt, und bestreitet die Ansicht von K. und H., dass dieser stets an Eiterung gebunden sei; denn bekanntlich gebe es septische Processe ohne die geringste Eiterung, wobei jedes Tröpfchen Blut, zur Cultur verwendet, den Streptococcus pyogenes in Reincultur aufgehen lässt. (Ref. ist nun zwar der Ansicht, dass auch diese Einwände Kolisko's wohl noch etwas besser begründet werden müssen, um direct gegen die Kassowitz-Hochsinger'schen Befunde und ihre Deutung zu beweisen, schliesst sich aber insoferne der Ansicht Kolisko's an, dass es vielleicht besser gewesen wäre, wenn Kassowitz und Hochsinger vor der Publication ihrer Befunde die Cultivirung jener Streptococcen versucht hätten.)

**Kassowitz** und **Hochsinger.** Entgegnung hierauf. (Ibid. 4. Münch. med. Woch. Nr. 23, 1886. Ref. Kopp.)

In ihrer Replik (4) betonen K. und H., dass von ihnen nie und nirgends ein Causalnexus zwischen den von ihnen gefundenen Streptococcen



**und der** Syphilis behauptet worden sei. Die von Kolisko erwähnte Möglichkeit, aus dem Blute von septisch zu Grunde gegangenen Individuen Reinculturen von Streptococcus pyogenes zu gewinnen, wird unter Berufung auf Rosenbach's Arbeit zurückgewiesen. Am wichtigsten erscheint aber jedenfalls die neuerdings durch einen Befund Lustgarten's bestätigte Thatsache, dass in den Blutgefässen hereditär-syphilitischer Kinder und zwar speciell in den specifisch erkrankten Organen sich mit einer gewissen Regelmässigkeit ein morphologisch und tinctoriell charakteristischer Mikroorganismus in Streptococcenform findet, wenngleich über dessen weitere Bedeutung vorläufig Nichts ausgesagt werden kann.

**Kolisko.** Replik hierauf. (Ibid. 5. München. med. Wochenschr. Nr. 23. 1886. Ref. Kopp.)

K. wendet sich in seiner Duplik (5) zunächst gegen einige persönliche Vorwürfe der Herren K. und H., betont, dass er nur von septischen Processen im Allgemeinen nicht von der Sepsis im Rosenbach'schen Sinne gesprochen habe, und beruft sich bezüglich des Vorkommens des Streptococcus pyogenes im Blute auch ohne metastatische Eiterung auf eine Arbeit von Fränkel und Freudenberg „Ueber Secundärinfection bei Scharlach" (Ctbl. f. klin. Med. 1885. 45). Bezüglich des von K. und H. angeführten Falles, welcher angeblich ihre Befunde bestätigen sollte, war aber Kolisko in der Lage, aus dem Blute der betreffenden Leber in mehrfachen Culturversuchen den Streptococcus pyogenes zu züchten und damit die Uebereinstimmung der in den Lebergefässen gefundenen Streptococcen mit diesem nun schon lange bekannten Mikroorganismus (auch durch Impfversuche) zu erweisen. Es ist klar, dass ein solches Resultat Kolisko nur in der Meinung bestärken konnte, dass es sich in den K. und H.'schen Fällen um secundäre Infectionen handelte.

## Venerische Helkosen und Initialformen der Syphilis.

**Andronico.** Ueber den Sitz der Geschwüre an den weiblichen Genitoanalorganen. (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. Jänner—Febr. 1886.)

Aus einer fünfjährigen Beobachtung und der Zusammenstellung von 1285 kranken Weibern ergab sich dem Vf., dass die grösste Zahl der Geschwüre (438) an der vorderen Commisur, (207) an den grossen Labien, (126) an der Harnröhrenmündung, (85) in der Vulva, (83) in der Scheide, (23) an der Vaginalportion, (142) im Rectum sitzen. Die häufigen Rhagaden und die intensive Friction, welcher gerade die vordere Commisur beim Coitus ausgesetzt ist, erklären die Prävalenz der Geschwüre an dieser Stelle. Die Geschwüre an den





grossen Labien gehen fast stets von den Follikeln aus und nehmen im weiteren Verlauf eine runde Gestalt an, sind häufig von entzündlichem Oedem begleitet. An den grossen Labien findet sich auch nicht selten das Ulcus elevatum, an der inneren Fläche derselben die folliculäre Erosion. Die Geschwüre am Orificium urethrae führen oft zu grosser Zerstörung und lassen constringirende und entstellende Narben zurück. Die Geschwüre an der Vaginalportion sind selten, meist entstehen sie durch directe Infection und sind einzeln, nur in zwei Fällen konnte Vf. die Uebertragung von der Vagina auf die Vaginalportion verfolgen. In einem Falle vermuthete der Vf. ein Geschwür im Uterus selbst. Es handelte sich um ein Mädchen, das beschuldigt war, mehrere Männer inficirt zu haben und bei der man kein Geschwür fand. Wohl aber trat bei der Untersuchung und Druck auf den Uterus aus dessen Orificium Eiter hervor, mit allen Charakteren des virulenten Eiters. In einigen Fällen von Geschwüren der Vaginalportion trat narbige Verschliessung des Orificium ein.

Finger.

**Max Bockhart.** Ein Fall von hartem Schanker der Vagina. Ein Beitrag zur Kenntniss von der Entstehung des Vaginalschanker. (Monatshefte f. prakt. Dermatologie Nr. 12. 1885.)

Harte und primäre weiche Schanker in der Vagina sind im Ganzen selten. In Folge des anatomischen Baues der Scheide ist ihre Oberfläche nur in den allerseltensten und ungewöhnlichsten Fällen Verletzungen während des Coitus, die dem syphilitischen Virus als Eingangspforten dienen könnten, ausgesetzt.

Bei einem 20 Jahre alten Mädchen, die von ihrem mit nässenden Papeln am Penis behafteten Geliebten inficirt wurde, fand B. an der hinteren Vaginalportion eine an ihrer Oberfläche exulcerirte Sclerose mit deutlich fühlbarer Härte.

Wegen der Localisation dieser Affection, wegen der deutlichen Induration, wegen der genau nachweisbaren Infectionsquelle und endlich wegen der Art ihrer Entstehung hat dieser Fall besonderes Interesse. Um die Geschlechtslust des Weibes zu erhöhen, benutzte der Mann beim ersten Coitus einen „Reizcondom" — Condom aus dickem Gummistoff mit drei Reihen conischer „Gummistacheln", die beim Hineinschieben des Penis in die Vagina sich eng an die Fläche anlegten, beim Zurückziehen sich in die Höhe richteten — und auf diese Weise oberflächliche Läsionen des Epithels der Vagina ver-



ursachten, die beim zweiten ohne Condom ausgeführten Coitus mit dem Secrete der nässenden Papeln in innigste Berührung kamen und so die Eingangspforten für das syphilitische Virus wurden.

Bei dem Mädchen traten nach einiger Zeit secundäre Erscheinungen auf, die ebenso wie die Sclerose auf antimercurielle Behandlung zurückgingen.

Der Gebrauch des „Reizcondoms“ ist gewiss nicht ohne Bedeutung für die Entstehung des Vaginalschanker. Horovitz.

## Symptomatologie der constitutionellen Syphilis.

**Renant.** Les accidents parasyphilitiques, à propos d'un cas di pseudo-rhumatisme infectieux parasyphilitique. (Recueillie par M. Rochet.) Annales de Dermat. et Syphil. 1885. p. 565.

Der Vf. theilt Krankengeschichten von Luetischen mit ulceröser Spätsyphilis mit, in deren Verlaufe sich Complicationen schwerster Natur einstellten. Diese Erkrankungen vulgärer Art sind nach dem Vf. wohl unabhängig von der Syphilis selbst, indem sie, einmal entstanden, frei von Charakteren der Syphilis was Verlauf und Erscheinung betrifft neben dieser einhergehend, ohne das Präcedens der Lues aber nicht entstanden wären. Die Lues war Gelegenheitsursache für eine parallel mit ihr verlaufende Symptomenreihe, auf deren Evolution die Syphilis keinen Einfluss nimmt. Solche Erkrankungen heilen selbstständig und werden von der antiluetischen Behandlung nicht beeinflusst. R. differenzirt diese Erkrankungen als parasyphilitische. Nach ihm sind alle durch Infectionen entstanden und zwar durch Infection von aussen, indem septi- und pyohämische Keime durch luetische Geschwüre aufgenommen, in den Kreislauf gebracht an verschiedenen Orten deponirt wurden und Localprocesse hervorriefen. So spricht R. von einer Nephritis parasitaria, einem Rheum. parasitarius, welch letzterer durch putride Resorption von durchaus nicht constatirten Geschwüren in einem narbig verengten Rachen nach lang abgeheilter gummöser Ulceration. Durch die Eingangspforte eines specifischen Geschwüres an der Hautdecke schleicht sich auch der pyogene Krankheitserreger von Zellgewebsvereiterungen in die Säftemasse. Ein andermal entsteht wiederholt neben luetischer Osteoporose der Knochenschädel mit Bloslegung der dura mater und Pachymeningetis ein heftiges Gesichtserysipel. R. hat eine Erklärung dafür. Das reci-





divirende Erysipel ist eine parasyphilitische Affection, die dadurch möglich war, dass der Fehleisen'sche Streptococcus sich in dem syphilitischen Krankheitsherde einnistete und eine Secundärinfection producirte, die ihren individuellen Charakter und ihre eigenen Folgezustände haben muss. Zeissl.

**Renant.** Les accidents parasyphilitiques à propos d'un cas de pseudo-rhumatisme infectieux parasyphilitique. (Communication faite à la soc. nationale de méd. de Lyon séance du 27 juillet Lyon méd. Nr. 46. 1885.)

R. theilt mit, dass bei einer Frau, welche mit 22 Jahren syphilitisch inficirt worden war, in Folge eines anorectalen Gummas sich eine Mastdarmverengerung gebildet habe. Kurze Zeit nachdem sie wegen dieser behandelt worden war, wurde sie neuerlich in das Krankenhaus aufgenommen. Sie litt an einem „nervösen" Gelenksrheumatismus und an Muskelrheumatismus. Am 20. April trat Kältegefühl und Erbrechen ein. Sie empfand Gelenksschmerzen mit einem Symptomencomplex, welcher an den pyogenen Rheumatismus von Lasègne erinnert. Man fand Nodositäten von Meynet, Knorpelschmerz, pemphigusähnliche Blasen, die Temperatur schwankte zwischen 27·5 und 40 und entwickelte sich ein Abscess der Wade. R. glaubt, dass diese Kette von schwer zu erklärenden Erscheinungen wahrscheinlich dadurch veranlasst wurde, dass ober der noch bestehenden Verengerung Kothmassen angehäuft waren. Diese bewirkten durch die Berührung mit den in der Höhe der Verengerung bestehenden Geschwüren Resorptions- und endlich Infectionserscheinungen, begünstigt durch den chirurgischen Traumatismus. Die Behandlung bestand in Injectionen von Liquor Van Swieten und bewirkten dieselben einen raschen Temperaturabfall auf 37·5°. Zeissl.

**F. Cadell.** Harnröhrenfluss bei secundärer Syphilis. (Brit. Med. Journal 5. Dec. 1885.)

Bei einem 35 Jahre alten Manne kam es drei Monate nach dem Beischlafe und zwei Monate nach dem Auftreten eines Schankers zu einem profusen eitrigen Ausfluss aus der Harnröhre. Gleichzeitig bestand ein reichliches papulöses Syphilid und Plaques an der linken Tonsille. Der Ausfluss glich dem bei Gonorrhöe, doch waren zu keiner Zeit irgend welche entzündliche Erscheinungen wahrzunehmen; ebenso



fehlten Schmerzen beim Urinlassen. — Der Autor meint, dass dem Ausflusse ein ausgedehntes syphilitisches Erythem zu Grunde lag.

Jarisch.

**Bourdin E.** Contribution à l'étude des principaux facteurs de Gravité dans la Syphilis. (Thèse de Paris 1885. Annales de Dermat. et Syphil. pag. 743.)

Bourdin führt die Bedingungen an, unter welchen die Syphilis eine schwere werden kann. Es sind dies der Alkoholismus (Prädisposition zur Gehirnsyphilis, grosse Seltenheit derselben bei Kindern), Körperschwäche (Hunger, geistige und physische Ueberanstrengung, mangelnde Hygiene), Scrophulose, Schwangerschaft und Wochenbett, Malaria, mangelhafte Behandlung, Greisenalter. Ein sonstiges neues Moment wird nicht vorgebracht, wohl aber zugegeben, dass oft für Syph. gravis kein materielles Substrat auch bei genauester Untersuchung des Kranken festzustellen sei.

**Portalier.** A propos du role de l'hyperthermie dans la Syphilis. (Annales de Dermat. et Syph. 1885. pag. 647.)

Anknüpfend an einen Fall von Dr. Jullien (Semaine médicale 30. Sept. 1885), in welchem durch Dazwischentreten einer schweren fieberhaften Krankheit (Phlegmone des Perineum) die Incubationsdauer der Syphilis sich auf drei Monate belief, berichtet Verfasser folgenden Krankheitsverlauf:

Ein 22jähriger Mann hatte seit 15 Tagen einen syphilitischen Primäraffect, der die Tendenz zeigte, phagedänisch zu werden. Das Individuum war hypospadisch und konnte daher sein Geschwür von Irritation durch Urin nicht schützen. Das Ulcus begann an der Harnröhrenmündung und dehnte sich an der unteren Fläche der Eichel in der Grösse eines Franc-Stückes bis zum Frenulum aus. Die Basis des Geschwüres war knorpelhaft und reichte die Härte weit über die Geschwürsfläche hinaus. Die untere Hälfte des Penis war bedeutend geschwellt, das Präputium ödematös. Drei Tage nach Feststellung dieses Status bekam der Patient eine Pleuropneumonia sin. und Pneumonia dextra, infolge deren die Temperatur während der ersten vier Tage zwischen 40 und 41·5° schwankte und sich länger als eine Woche bei 39·5° hielt. Während dieser ganzen Zeit wird auf das Geschwür gar keine Rücksicht genommen und dieses sich selbst überlassen. Erst nach dem zehnten Tage, als der Zustand des Patienten keinen Grund zur Besorgniss gab, erinnerte sich der behandelnde Arzt des Ulcus. Bei sorgsamer Prüfung war er nun nicht mehr im Stande (die Prof. Fournier und Sée sahen damals ebenfalls den Kranken) eine Spur einer Erosion oder Induration am Penis zu entdecken,



derselbe hatte wieder sein normales Aussehen und Volumen angenommen. Auch die Schwellung der Leistendrüse war in Abnahme, eine mehr als ein Jahr alte wie verschwunden. Noch während der Convalescenz, und zwar sechs Wochen nach der Infection traten die ersten Secundärsymptome auf (Roseola).

Den weiteren Verlauf der Syphilis konnte Vf. nicht verfolgen, daher auch nicht erfahren, ob die Hypothermie, die fieberhafte Krankheit auf den Charakter der Syphilis so vortheilhaft eingewirkt habe, wie auf das Primärgeschwür.

**E. Romalo.** Contribution à l'étude de la Syphilis pigmentaire. (Chez l'homme.) (Thèse de Paris 1885.) (Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, p. 754.)

Entgegen der Meinung deutscher Syphilidologen besteht der Verf. auf die Existenz primärer Pigmentsyphilis, die durchaus nicht das Vorhergehen einer bestimmten Eruption bedinge oder zur Bedingung habe. Sie kann sich rasch entwickeln und von vorneherein in circumscripter Ausdehnung entstehen, aber auch allmälig und dabei ihre eigentliche Colorirung annehmen. Der Verf. hat die hyperpigmentirten Stellen schritt- und zonenweise bis zur vollkommenen Herstellung des normalen Coloritsabblassens gesehen. Dazu braucht es Monate und Jahre. Die Pigmentirung kann in Fällen, wo die Syphilis geläugnet oder übersehen wurde, als diagnostischer Behelf dienen. Die specifische Behandlung hat auf sie keine Einwirkung. Zeissl.

**Arthur Cooper.** Ueber frühzeitige syphilitische Epididymitis. (Brit. med. Journ. Mai 1885.)

Verf. macht zuerst auf die ausserordentliche Seltenheit der Erkrankung des Nebenhodens ohne gleichzeitige Anwesenheit von Orchitis, was von Sigmund geläugnet wurde. Er zählt dann die Charaktere dieser speciellen Affection auf. Diese bestehen darin, dass die Erkrankung gewöhnlich innerhalb der ersten sechs Monate auftritt. Ein oder beide Organe erkranken. Die Anschwellung beginnt immer am Globus major. Das Scrotum und der Samenstrang bleiben frei. Die Anschwellung ist schmerzlos und geht unter Anwendung von antisyphilitischen Mitteln zurück.

Dron aus Lyon hat diese Affection zuerst im Jahre 1863 an der Hand von 16 Fällen beschrieben (Archives Gén. de Médecine) und Fournier weitere acht Fälle mitgetheilt. Cooper publicirt nun



eine Krankengeschichte, die ganz analog verlaufen ist. In einem Schreiben an das Brit. med. Journ. im Juli 1885 bezieht sich Ollan Perry auf die oben erwähnte Publication Cooper's und theilt die Geschichte eines Kranken mit, der an derselben Affection erkrankte, die er vom Anfang an zu beobachten Gelegenheit hatte und die in gleicher Weise verlief. Schiff.

**Chabaud T.** Contribution a l'étude de la syphilis du maxillaire inférieur. (Thèse de Paris 1885. Annales de Dermat. et Syph., p. 754.)

Die Chirurgen hielten bisher an dem Glauben fest, dass der Unterkiefer weder bei erworbener noch bei ererbter Syphilis erkranke, trotz der Vorliebe der Lues das Knochensystem fast in allen seinen Bestandtheilen zu befallen. Der Verf. sucht nun gestützt auf eigene Beobachtungen nachzuweisen, dass auch in unserem Klima der Unterkiefer nicht frei ausgehe. Ist die Affection sich selbst überlassen, so nehme die Sclerose bedeutendere Ausdehnung an. Combinirt sich die Periostitis gummosa mit Verschwärung der Mundschleimhaut, so kann mitunter die Verwechslung mit Tuberculose leicht möglich werden. Immerhin thut man gut bei Kiefererkrankungen die Syphilis nicht schlechtweg auszuschliessen. Der Autor glaubt sogar, dass Fälle von progressiver Resorption der Zahnfächer auf Syphilis zurückzuführen wären. Zeissl.

**Schuman-Leclercq.** Ueber einen Fall selbstständiger syphilitischer Ulceration der Trachea und der Bronchien. (Prager med. Wochenschr. Nr. 4. 1885.)

Eine 33jährige Frau, deren Vater an Tuberculose starb und die intra vitam die Zeichen der Lungenphthise darbot, starb am 5. Tage der Spitalspflege an Lungenödem. Bei der Section fand man Gummen in der Leber; eine hochgradige Endarteritis chron. deform. und intensive Röthung des unteren Abschnittes der Trachea. Innerhalb dieses gerötheten Terrains präsentirte sich in der Höhe des 15. Luftröhrenknorpels fast 5 Ctm. über der Bifurcation eine nach hinten und links ziehende Ulceration von Kreisform mit fein gezähnten, steil abschüssigen, erhabenen und verdickten Mucosarändern. Einzelne Knorpel waren blosgelegt. Nach aussen befand sich ein zweites, fast ganz vernarbtes Geschwür; ferner war ein rundliches Geschwür auch nach unten zu sehen. Dieser Geschwürsprocess setzt sich zum Theile noch in den l. Bronchus fort.



Die Veränderungen in der Leber an den Gefässen, die Beschaffenheit der Geschwüre und die Drüsenschwellung überdies noch die narbigen Pigmentflecken der Haut sollten die Diagnose sichern. Der übrige Theil des Respirationstractes war ganz intact.

**Schoetz.** Zur Casuistik der Larynxsyphilis bei Kindern. (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 36. 1885.)

Verf. berichtet über fünf Fälle von Kehlkopfsyphilis bei Kindern zwischen 9—15 Jahren. Die Veränderungen des Gaumens, Rachens und des Kehlkopfes waren ähnlich denjenigen, wie sie auch bei erwachsenen Luetikern vorkommen. Nebst diesem Zeichen der Lues waren Drüsenschwellungen, Knochenaffectionen, Veränderungen der Hornhaut und der Schneidezähne zu constatiren. Ueberdies war es alte Syphilis der Väter in allen Fällen zu ermitteln. Diese Kinder waren erstgeboren und nur das dritte, wo auch die Mutter vom Vater inficirt wurde, war nicht erstgeboren. Im ersten Falle sieht Verf. tardive Syphilis, die übrigen betrachtet er als gewöhnliche Syphilisformen. Die specifische Behandlung war von Erfolg. Horovitz.

**Edward Woakes** (London). Syphilis as a factor in ear-disease. (The brit. med. Journ. October 1885.)

Verf. macht darauf aufmerksam, dass bisher die Bedeutung der Syphilis für das Zustandekommen von Ohrkrankheiten allzusehr unterschätzt wird, betont, dass jeder Theil des Gehörorganes vom äusseren Ohre angefangen bis zum Gehörlabyrinthe syphilitisch erkranken könne, insbesondere, dass die Syphilis, zumal die hereditäre Erkrankung bei Kindern, die Ursache langwieriger, auf syphilitischer Caries beruhender hartnäckiger Ohrenflüsse sein könne und erweist die Richtigkeit der von ihm vorgetragenen Ansicht durch die Mittheilung dreier von ihm beobachteter Fälle syphilitischer Ohrerkrankung und durch die Literaturcitate.

Der erste Fall betraf einen jungen, an oberflächlicher Caries beider Gehörgänge leidenden Mann, der vor sieben Jahren syphilitisch inficirt war, der zweite Fall eine 35jährige Frau, welche an Labyrintherscheinungen und hartnäckigem linksseitigem Ohrenfluss litt.

Die syphilitische Natur des Ohrenleidens wurde hier aus dem Umstande erschlossen, dass von Blutegelstichen herrührende Narben sich infiltrirten und eine kupferbraune Färbung annahmen.

Der dritte Fall bezieht sich auf einen 25jährigen Mann, welcher $2^1/_2$ Jahre vor dem Auftreten des Ohrenleidens an einem syphilitischen Primäraffecte und secundären Symptomen der Lues litt. Derselbe war auf dem linken Ohre ohne nachweisbare Veränderungen des Schallleitungsapparates plötzlich taub geworden. In allen drei Fällen trat Heilung durch antisyphilitische Behandlung ein.

Zur Behandlung syphilitischer Ohrenflüsse werden hauptsächlich Einblasungen von Jodoformpulver empfohlen; zur Allgemeinbehandlung Inunctionen von grauer Salbe und die innerliche Darreichung von Jodkali. Hochsinger.

**Rampoldi.** Einige secundäre Syphiliserscheinungen am Auge und ihre Behandlung mit subcutanen Calomelinjectionen. (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. Jänner, Februar 1886.)

Verf. bespricht zunächst eine Reihe von Augenerkrankungen, die Keratitis parenchymatosa, die Iritis, die Augenmuskellähmungen welche in Folge von Syphilis auftreten, macht darauf aufmerksam, dass diese Affectionen, bei hereditärer sowohl, als bei acquirirter Syphilis oft sehr spät auftreten, weist auf die Nothwendigkeit hin, in diesem Falle die Diagnose der Syphilis aus den Residuen genau zu stellen und eine antisyphilitische Therapie einzuleiten. Besonders empfiehlt Verf. als sehr erfolgreich bei Iritis Injectionen von Calomel, die aber in der Schläfegegend oder an der Haargrenze vor und etwas ober dem Ohr vorgenommen werden sollen. Vierundzwanzig Stunden nach der ersten Injection soll die Besserung bereits deutlich sein. Durch dasselbe Verfahren sah er auch bei Muskellähmungen rasche Besserung und Heilung eintreten, während die Keratitis gegen diese Methode refractär ist. Finger.

**Dargaud H.** De l'hémiplégie faciale dans la période secondaire de la Syphilis. (Thèse de Paris 1885. Annales de Derm. et Syph. p. 751.)

Der Verf. berichtet über einen jugendlichen Syphilitiker, der fast bei Beginn der Secundärperiode eine complete Paralyse des rechtsseitigen Facialis bekam, die nach 22tägiger gemischter Behandlung vollkommen schwand. Verf. glaubt die Entstehung dieser Lähmung auf eine Meningitis hyperplastica e lue zurückführen zu dürfen und hält dafür, dass das frühzeitige Auftreten der Hemiplasien ein schlechtes Prognostikon für den weiteren Verlauf der Syphilis sei.

**Gerhardt.** Ueber Hirnsyphilis. (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 1. 1886.)

Gerhardt zeichnet in knappen Zügen die Pathogenie der Hirnsyphilis. Aus den eigenen Beobachtungen des angesehenen Klinikers sei hervorgehoben, dass er traumatische Einwirkungen auf die Hirnhüllen, zumal die Schädelkapsel sehr einflussreich hält auf das Zustandekommen von syphilitischen Hirnleiden. Unter den Belegfällen fällt der einer 32jährigen Frau auf, die durch 12 Jahre nach schwerer Kopfverletzung an ausgeprägten Zeichen der Hirnsyphilis gelitten hatte und nun in wenigen Wochen durch Jodkalien hergestellt wurde. — Gerhardt hält eine ziemlich weitgehende Auffassung des Zusammenhanges von Apoplexie als Symptomenbild und Syphilis als Grundursache für zulässig; unter 63 Fällen von Apoplexie der Würzburger Klinik (Tumoren ausgeschlossen) war in einem Drittel der Fälle Lues sicher oder höchst wahrscheinlich die Ursache. Wie bei den Hautleiden sei auch bei der Hirnsyphilis die Vielgestaltigkeit bemerkenswerth. So finde man Epilepsie, der nach einiger Zeit Apoplexie folge, oder zu der auffällige Störungen der Denkfähigkeit, des Gedächtnisses, der Sprache hinzutreten, oder umgekehrt. Sehr oft liege die Sache so, dass man unmöglich alle Veränderungen aus einem Herde, den man leicht begründen könne, zu erklären vermöge. Caspary.

**Barbier I.** De l'épilepsie syphilitique et de son diagnostic différencial avec l'épilepsie vulgaire. (Thèse de Paris 1885. Annales dè Dermat. et Syph. p. 750.)

Verf. macht nach eigenen Beobachtungen auf die von anderer Seite noch nicht bekannt gemachte Thatsache aufmerksam, dass bei der Epilepsia syphilitica das Kniephänomen, die Sehnenreflexe fehlen und dass zerstreut am ganzen Körper besonders im Gesichte und am Handrücken, an der Aussenseite der Vorderarme und Oberschenkel anästhetische Stellen vorkommen. Die Individuen, an welchen diese Phänomen wahrnehmbar waren, hatten durchwegs Spätsyphilis. Diese anästhetischen Stellen waren bei diesen Individuen permanent anästhetisch, was Verf. als differenzial-diagnostischen Behelf zum Unterschiede von der vulgären Epilepsie hinstellt. Zeissl.

**Moja.** Ueber einen Fall syphilitischer Transversalmyelitis. (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. Jänner, Februar 1886.)

V. P., 33 Jahre alt, wurde am 14. December 1884 an der Klinik aufgenommen. 6 Jahre vorher litt er an einem syphilitischen Geschwür und



Secundärerscheinungen und wurde mit Einreibungen behandelt. Ein Jahr später Schleimpapeln, Alopecie, Pusteln am behaarten Kopf. Durch ein Jahr fortgesetzte Behandlung mit Hg und Jod brachte Heilung. December 1882. Parese der linken unteren Extremität, Obstipation, Strangurie, Parese der Oberextremitäten. Jodkali bringt Heilung. 1884 Gürtelschmerz in der Höhe der Lendenwirbelsäule, Ameisenlaufen in den Füssen, Parese und bald darauf Paralyse derselben. Die Erscheinungen aggraviren sich allmälig, es tritt Blasenlähmung und Cystitis, Impotenz, Decubitus hinzu. In diesem Zustande suchte der Kranke die Klinik auf, wo Herabsetzung der Hautsensibilität der Unterextremitäten, Erhöhung der Haut und Sehnenreflexe, schwere Cystitis und gangränöser Decubitus constatirt wurde. Die Diagnose wurde auf Transversalmyelitis im Lendenmark gestellt. Behandlung des Decubitus mit Sublimatwaschungen, Ausspülung der Blase mit Amylnitrit, der gelähmten Extremitäten mit constantem Strom bringt Besserung, worauf Jodkali, subcutane Sublimatinjectionen angewendet werden. Mai 1885 war die Besserung wesentlich. Die noch rückgebliebenen Coordinationsstörungen der Extremitäten, die Reizerscheinungen wurden durch Aqua Polliana und den Gebrauch der Bäder von Vinadio völlig beseitigt. Finger.

**Bilton Pollard.** Zwei dunkle Fälle von tertiärer Syphilis. (Brit. med. Journ. Juni 1885.)

In einem Bericht aus dem University College Hospital theilt Verf. einen Fall von Nekrose der Tibia mit Osteomyelitis und einen Fall von einer Ulceration eines grossen Gumma am Scrotum nach einem Trauma mit. Die beiden Fälle illustriren die Dunkelheit, mit welcher zuweilen der syphilitische Ursprung von schweren Erkrankungen verschiedener Art verhüllt ist. Der erste Fall ist von besonderem Interesse wegen der grossen Ausdehnung der Knochenerkrankung und wegen der grossen Rapidität, mit welcher der Kranke aus seiner sehr kritischen Lage sich erholte bei Anwendung antisyphilitischer Mittel. Der zweite Fall konnte sehr leicht falsch gedeutet werden, weil ein Trauma als bestimmte Ursache angegeben wurde. Die Gegenwart von Geschwüren am Schenkel und die Beschreibung der Zunahme der Verschwärung am Scrotum mit der scharfen Begrenzung derselben führten zur Diagnose: Syphilis, welche durch die Therapie (Jodkali) noch mehr bekräftigt wurde. Schiff.

## Hereditäre Syphilis.

**Chiari.** Lues hereditaria mit gummöser Erkrankung des galleleitenden Apparates und des Magens. (Prager med. Wochenschr. N. 47. 1885.)



**Chiari secirte ein drei Wochen altes Kind einer 33jährigen mit Drüsenschwellung behafteten Frau.**

Das Kind zeigte intra vitam einen spec. Pemphigus, ferner icterisches Colorit und ingu. Drüsenschwellung. Die Haut der Handteller war stark glänzend, auf den Lippen, auf der Zunge und circa anum traten leicht blutende Rhagaden auf. Der Harn war icterisch blutig. Bei der Section fand Chiari in den Lungen erbsen- bis haselnussgrosse Knoten aus einer weisslich-grauen Infiltrationsmasse bestehend. (Weisse Pneumonie.) Die Leber von normaler Grösse und serpentingrüner Färbung zeigte im Hilus eine mächtige, weisse Schwiele. Der Ductus choledochus war bis an die Vater'sche Falte mit einer solchen dicken Schwiele versehen; ebenso war auch der Ductus cysticus. In der Gallenblase betraf die Wandinfiltration hauptsächlich den Halstheil, woselbst die Wand bis 4 Millim. dick erschien. Die Vena portae und die Arteria hepatica zeigten keine Veränderung. Die Magenschleimhaut war an einzelnen Stellen dicker, blassgelb verfärbt, auffallend glatt und glänzend. Diese Verdickung bestand aus einer plattenartigen Verdichtung der Mucosa, Submucosa, Muscularis und Serosa. Im Ganzen waren fünf solche Herde im Magen und 34 ähnliche plattenförmige Herde im Dünndarme. Die Knorpel- und Knochengrenzen der einander zugekehrten Gelenksenden der Femora und Tibiae waren in geringem Grade unregelmässig gezackt und leicht gelblich verfärbt.

Die mikroskopische Untersuchung der veränderten Bauchorgane ergab das Bild einer gummösen Entwicklung der Submucosa, die sowohl gegen die Schleimhaut als auch gegen die Serosa vordrang. In Längenschnitten gelang es Chiari sowohl nach Lustgarten's als nach de Giacomi's Methode einzelne Bacillen nachzuweisen, in den übrigen Objecten fiel die Untersuchung negativ aus. Horovitz.

**Gascard A.** La Syphilis placentaire. (Thèse de Paris, 1885. — Annales de Dermat. et Syphil., p. 749.)

Der Verfasser nimmt die Existenz placentarer Erkrankungen im Laufe der hereditären Syphilis als bestimmt an. Diese Läsionen sind unleugbar, wenn auch weder unausweichlich, noch nothwendig. In Fällen wo die Schwangerschaft nicht zu Ende geführt wurde, sind die Veränderungen der Placenta um so markanter, je näher dem Zeitpunkte des normalen Schwangerschaftsendes die Ausstossung der Frucht erfolgte.

**Declerq L.** et **Masson A.** Contribution à l'étude de la Syphilis cérébrale chez l'enfant. — Sur quelques cas de syphilis hereditaire à manifestation cérébrales. (Annales de Dermat. et Syphiligr. 1885, p. 708.



Die Verfasser bringen die Krankheitsgeschichte dreier Kinder, die unverkennbar die Gehirnsyphilis darbieten. Die Mütter dieser Kinder waren bei der Conception derselben gesund, die eine erkrankte im zweiten, die andere im siebenten Monate der Schwangerschaft, beide trugen das Kind bis an das normale Schwangerschaftsende, beide Kinder brachten manifeste Lues mit zur Welt.

1. Fall. Mutter 20 Jahre alt, tuberculös, Hämoptoë, luetische Infection im zweiten Monate der Gravidität; im siebenten Monate untersucht zeigt sie vielfache Zeichen der Syphilis. Das reife Kind ist klein, atrophisch, mit greisenhaftem Gesichtsausdruck, Papeln am After, Psor. palm. et plantaris. Friction mit 1 Gramm grauer Salbe, Muttermilch. Drei Wochen nach der Geburt bekam das Kind Convulsionen, die immer mit einem Aufschrei eingeleitet wurden. Die Krämpfe wurden immer häufiger, jagen einander förmlich und ein jeder Anfall dauert 40—50 Secunden. Die Convulsionen zeigen zwei Typen. In dem einen hat das Kind einige unregelmässige Conv. mit den Händen und Füssen, als wollte es sich gegen Angriffe wehren, kein Aufschrei, plötzliche Gesichtsblässe. Das Antlitz verfärbt sich grün. cadaverös. Die Augen umgibt ein schmutziggrauer Ring. Hierauf folgt absolute Ruhe durch einige Secunden, kein Tetanus, die Extremitäten hängen regungslos; der rechte Fuss macht sodann rhythmische, regelmässige Flexions- und Extensionsbewegungen, die sich bald auf die ganze rechte Unterextremität erstrecken, sodann auf die ganze Ober-Extremität derselben Seite. Später wird auch der Kopf infolge starker Muskelcontraction am Halse stark nach der rechten Seite gezogen. Das Gesicht sieht ebenfalls nach rechts, der Mund ist nach rechts verzogen. Es treten Kaubewegungen ein, aus jedem Mundwinkel fliesst schaumiger, klebriger, dichter Speichel, die Respiration scheint aufgehoben. Der Anfall geht sodann vorüber ohne auf die linke Körperseite überzugreifen. Nach dem Anfalle tiefes, prolongirtes Coma, dem eine kurze Periode vorangeht, während welcher das Kind zu erwachen scheint, die Augen öffnet, einige Bewegungen macht, und mit den Augen zwinkert. Aber schon in diesem Coma beginnt ein neuer Anfall, der dem überwundenen analog ist oder den folgenden zweiten Typus annimmt.

Diesesmal schreit das Kind auf, der Aufschrei von gewöhnlich kurzer Dauer, unregelmässig, verschieden in Ton und Stärke wiederholt sich verschieden schnell (unregelmässige Contraction der Brust- und Larynxmuskeln). Der Anfall beginnt mit dem ganzen linken Arm. Der Daumen ist in die Handfläche flectirt. Die Halsmuskeln contrahiren sich, der Kopf neigt nach rechts. Der Mund ist nach oben rechts verzerrt, das ganze Gesicht nach derselben Seite. Hierauf kommt die Reihe der Contractionen an der rechten Ober- und Unterextremität. Auch diesmal werden die Convulsionen nicht allgemein, nachdem sie links begonnen und einen aufsteigenden Gang genommen haben, hören sie links auf, gehen auf die rechte Seite über, ver-



folgen nun einen absteigenden Gang, so dass schliesslich der Anfall einseitig bleibt und den ersten Typus beibehält; langes Coma, schwaches Athmen, etwaige Pulsbeschleunigung. Kein Urin und Stuhl. Fortdauernde Behandlung. Die Nervenzufälle kehren nach dreiwöchentlichem Bestande nicht wieder. Luetische Erscheinungen an der Hautdecke recidiviren. Drei Monate später Heilung.

2. Fall. Gesunde Mutter wird im siebenten Schwangerschaftsmonate syphilitisch. Das reife Kind wird mit Syphilis (Papeln und Pemphigus) geboren. Einreibungen. Zwei Wochen nach der Geburt gummöse Periostitis am rechten Unterkieferwinkel. Ein Monat später Gehirnerscheinungen. Tod. Bei der Section findet man an der Unterseite der linken Hemisphäre (lobus sphenoidalis) einen ockergelben Erweichungsherd von der Grösse eines Fünfzig-Centimestückes, der auf die zweite und dritte Stirnwindung übergreift. Ein ebensogrosser Erweichungsherd an der inneren Seite derselben Hemisphäre und auf dem corpus callosum derselben Seite, linsengrosse Erweichung am corpus striatum. Derselbe Befund beiderseits am Kleinhirn. Die pia mater, welche die obere Seite der rechten Lappen bedeckte, ist mit Häminkrystallen infiltrit. Arteritis syph. am Hexagon Willisii. Die Arterien erscheinen hier wie mattweise cylindrische Stränge.

Diese und andere Beobachtungen zeigen, dass Gehirn-Syphilis beim Kinde Erscheinungen produciren kann (Jacksonische Epilepsie), wie man sie am Erwachsenen zu sehen Gelegenheit hat und bald erkannt heilen kann. Zeissl.

## Therapie der Syphilis.

**Bockhart.** Cocaïn als Anodynon bei Mercurialstomatitis. (Monatsh. f. prakt. Derm. Nr. 2. 1886.)

Die local anästhesirende Wirkung des Cocaïns veranlasste Bockhart dasselbe bei schmerzhafter Schwellung des Zahnfleisches während der Mercurialcuren anzuwenden.

Bei lädirter Schleimhaut pinselte er eine 5 percentige bei schmerzhafter Anschwellung eine 10—20 percentige Lösung kurz vor dem Essen ein, um so das Kauen der Speisen dem Kranken zu ermöglichen. Bockhart rühmt den ausgezeichneten Erfolg, den er damit erzielt hat.

**Bockhart.** Die Anwendung des Jodoforms in der Therapie der venerischen Krankheiten. (Monatsh. f. pract. Derm. Nr. 1. 1886.)

Nach eingehenden Literaturstudien und seinen in w. Rineckers Klinik gemachten Erfahrungen resumirt Bockhart die Resultate der Jodoformbehandlung in venerischen Krankheiten.

„Das Jodoform gewährt nicht den geringsten Nutzen in der Behandlung gonorrhoischer Entzündungen.“ Geschwüre bei Tripper können mit Jodoform erfolgreich behandelt werden.

Weiche Schankergeschwüre werden mit keinem Mittel so erfolgreich behandelt, wie mit dem Jodoform. Dieses erscheint ein directes Gegengift zu sein gegen das Contagium des Ulc. molle. Die schmerzstillende und secretionsbeschränkende Eigenschaft des Jodoforms macht dieses zu einem sehr geeigneten Mittel zur Wund-Behandlung vereiterter Inguinaldrüsen unter Anwendung des Reclusivverbandes.

„Jodoform steht als Antisyphiliticum, innerlich genommen, dem Jodkali weit nach; nur bei syphilitischen Neuralgien ist der innerliche Gebrauch des Jodoforms von vorzüglicher Wirkung.

Subcutan injicirt entfaltet das Jodoform eine viel nachhaltigere Wirkung auf den Organismus als das Jodkali.“

„Von allen Syphilisformen eignen sich nur die ulcerirten Gummata zur localen Jodoformbehandlung. Auf diesen Geschwüren entfaltet das Jodoform offenbar eine specifische Wirkung.“

Der übersichtlichen Darstellung Bockhart's über die physiologische Wirkung des Jodoforms entnehmen wir folgende wichtigere Bemerkungen: Jodoform auf die Wunden gebracht kommt durch das Fett zur Lösung.

Das Jod wird frei und bewirkt die antiseptische und schmerzstillende Wirkung. Das frei gewordene Jod bildet im Körper Jodalbuminat, welches wieder bald zerfällt. In seinen reagirenden Geweben (Magenschleimhaut, Gehirnrinde) entsteht daraus wieder freies Jod, welches irritirend oder deprimirend auf die Zellen die es ausscheiden wirkt.

Im Urin erscheint es als Jodid und als Jodat und wird im Allgemeinen langsam aus dem Körper ausgeschieden.

Intoxitationen bei Anwendung in der Syphilispraxis kommen selten vor. Bei einzelnen Individuen entwickelt sich eine erythematöse oder kleinvesiculöse Dermatitis.



Von den Geruchscorrigentien des Jodoforms ist der Zusatz von 40—50 Percent Kaffepulver der empfehlenswertheste.

**Mracek.**

**Spillmann.** Traitements du chancre phagédenique et des syphilides ulcéreuses. (Annales de Dermat. et Syphiligraphie. 1885. pag. 712.)

Gangrän ist sicherlich eine der schlimmsten und hartnäckigsten Complicationen der venerischen Erkrankungen. Die grosse Reihe gegen erstere empfohlener Heilmittel ist ein Beweis dafür. Nach einander wurden Campher, Jodoform, Pyrogallus, Nitras argenti, das continuirliche Bad, das Glüheisen etc. als wirksam gerühmt. Sie alle können im Stich lassen.

S. empfiehlt nun für diese Fälle das Ausschaben mit dem Volkmann'schen Löffel und führt fünf Fälle an, in welchen bei eingetretener Gangrän ihm diese Methode den erwünschten Dienst gethan habe. Das eine Mal bei tellergrossen serpiginösen Geschwüren am Gesässe, die drei Jahre bestanden; bei einer über den ganzen Unterscheitel sich erstreckenden luetischen Ulceration, die fünf Jahre sich erhielt bei einem Fall; bei einem phagedänisch gewordenen Impfgeschwüre (von weichem Schanker) an der Innenseite des Oberschenkels, das zwei Jahre persistirte und nach und nach die ganze Vorder- und Innenseite des Oberschenkels und die Leistengegend ergriffen hatte und keiner Art der Wundbehandlung weichen wollte; bei einem ähnlichen Falle, dessen Dauer drei Monate war; bei einem Falle von Gangrän von phagedänischem Schanker der Eichel- und Vorhaut. 5 Francs grosse gangränöse Stelle, die 6 Monate unverändert blieb.

Der Phagedänismus, ob er sich zu einer luetischen Läsion oder dem einfachen Schankergeschwüre gesellt, ist nach dem Verf. zum grössten Theile auf eine periphere Infiltration junger Elemente und Pilzcolonien, welche die Gefässe comprimiren und so die Lebensfähigkeit der darunter liegenden Gewebe behindern, zurückzuführen. Durch Fortschreiten des Processes entsteht die Ausbreitung der Läsion. Die Behandlung des Phagedänismus muss darauf abzielen, jede Infiltration, welche die Benarbung störte, zu beseitigen. Daher empfiehlt sich die mechanische Behandlung mit dem scharfen Löffel und das Abtragen der steilen Ränder, darauffolgende Cauterisation mit dem Thermocauter und Sublimatverbände.



**Jannot P.** Operations chirurgicales chez les syphilitiques. (Thèse de Paris 1885. Annales de Dermat. et Syphil. pag. 744.)

Der Verf. äussert sich in widersprechender Weise über Einwirkung des Traumas auf Syphilitische und über die Möglichkeit, sich durch ein willkürlich gesetztes Trauma, durch Reizung, von der Existenz einer latent gebliebenen Syphilis Gewissheit schaffen zu können und räth schliesslich einen Luetischen vor einer beabsichtigten Operation jedenfalls eine energisch gemischte Behandlung passiren zu lassen.

**M. Dubromelle.** Contribution à l'étude du traitement local des accidents cutanés de la Syphilis. (Thèse de Paris. 1885. Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie. pag. 755.)

Es wird wiederholt, dass die locale Behandlung bei Hautsyphiliden die allgemeine sehr unterstütze und dass bei örtlicher Application von Mercur, die Absorption des Mercurs die Rolle der innerlichen Verabreichung übernehmen. So seien Fälle von Iritis zur Heilung gebracht worden durch alleinigen Seclusivverband und Einreibung von Quecksilbersalbe in die Stirnhaut. Zeissl.

**Scarenzio.** Der Katheterismus des Ductus Stenoniani bei Behandlung des Mercurialismus. (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. März, April 1886.)

Verf. bespricht die mercurielle Stomatitis, betont, dass der Hg-haltende Speichel zum grossen Theile wieder verschluckt und so schon ausgeschiedenes Hg von Neuem zur Resorption gelange und der Mercurialismus so unterhalten werde. Man müsse daher für Entfernung des Hg führenden Speichels sorgen. Zu diesem Zwecke nimmt Verf. den Katheterismus des Ductus Stenonianus vor. Er führt eine dünne Silberröhre mit capillarem Lumen von der Länge von 10 Ctm. in die Mündung des Stenon'schen Ganges, lässt den Mund schliessen und den Speichel bei der Oeffnung abfliessen. Zu demselben Zwecke kann auch ein dünner Strohhalm verwendet werden. Finger.





## Buchanzeigen und Besprechungen.

**La syphilis héréditaire tardive.** Leçons professés par Alfred Fournier, professeur à la faculté de médecin des Paris. Avec 31 figures. Paris. G. Masson. 1886. 650 S.

Angezeigt von Prof. Caspary in Königsberg.

Das vorliegende neueste Buch von Fournier bringt eine erstaunliche Fülle scharfsinniger eigener Beobachtungen, die vereint mit den einschlägigen Publicationen anderer Autoren zu übersichtlichem Plane angeordnet sind. In überaus klarer Form, mit ebenso decenter wie sicherer Zeichnung, in durchweg nüchterner, rein fachlicher Sprache führt der Autor in drei Abtheilungen die Symptome der tardiven hereditären Syphilis, deren Entwickelungsgang und als Gegensatz die acquirirte Syphilis der Kinder vor. Als späte Erbsyphilis werden nicht nur die Fälle, die eigentlich (auch nach Fournier's Ansicht) allein so heissen sollten, des späten Ausbruchs erster Symptome behandelt, sondern auch die weit häufigeren, in denen nach frühen Eruptionen später, jenseits der zwei oder drei ersten Lebensjahre, Recidive erfolgen. Dass es tardive Hereditärsyphilis im eigentlichen Sinne des Wortes gibt, ist für Fournier nach eigenen und fremden Beobachtungen zweifellos. Er weist die Forderung ununterbrochener Beobachtung während der ersten Lebensjahre als unerfüllbar zurück; es werde sich nie ein Arzt an das Kopfkissen eines Kindes annageln, um jeden Tag zu untersuchen und die kleinsten Störungen zu notiren, das sei auch nicht nöthig. Ausbruch erster Symptome jenseits der ersten Lebensjahre sei sicher beobachtet von sorgsamen, hinreichend gewarnten, von Aerzten bei jedem auffälligen Symptom controllirten Müttern, die durch eigene Erfahrung oder durch solche an ihrem Gatten belehrt auf alle verdächtigen Zeichen aufzupassen verstanden.



Fournier verweilt hiebei nicht länger. Ihm liegt vor Allem daran, auf die fast allerorten verkannte Häufigkeit von Symptomen hereditärer Syphilis in der zarten Kindheit, in den Pubertätsjahren, im reiferen Alter hinzuweisen. Jenseits des 26. Lebensjahres sei kein unzweifelhafter Fall constatirt, obgleich von vorne herein keine Grenze ersichtlich sei. Wie ein rother Faden zieht sich durch das ganze Werk die immer wieder betonte Mahnung des Autors, wie wichtig die Kenntniss sei, der Häufigkeit tertiärer Symptome der ererbten Lues; wie meist Scrophulose oder andere Ursachen sicher diagnosticirt und demzufolge selbst die probeweise Darreichung der Specifica, speciell des bei genügend grossen Dosen oft zauberhaft wirkenden Jodkaliums versäumt werde. Aber bei aller Energie der Parteinahme bleibt Fournier immer massvoll in seiner Polemik und vorsichtig in seinen Schlüssen. Es gebe kein pathognomonisches Zeichen für späte Hereditärsyphilis; eine absolut sichere Diagnose nach den vorliegenden Symptomen sei unmöglich ohne den Nachweis aus der Geschichte des Kranken oder seiner Familie, dass die Syphilis ererbt sei.

Immerhin bestehen in vielen Fällen — keineswegs in allen — mehr oder weniger wichtige Zeichen am Kranken selbst, die auf die richtige Spur führen können; einzelne, nahezu pathognomonischen Werthes. Neue solcher Zeichen werden genau beschrieben: 1. Constitution, Aussehen, besonders des Gesichtes, dessen häufig erdfahle Farbe auffällig ist. 2. Hemmungen der physischen Entwickelung, so dass eine Art Infantilismus zurückbleibt, die Kranken viel jünger erscheinen als sie sind. 3. Deformitäten am Schädel und Nase und 4. am Stamm- und Extremitätenknochen. 5. Narben an Haut und Schleimhäuten. 6., 7., 8. Die Triade Hutchinson's Veränderungen am Auge, Ohr und Zähnen. 9. Unentwickeltheit oder nach geschwundener Sarocele Atrophie der Hoden. Weniger werthvolle Zeichen sind indolente Drüsenschwellungen, besonders am Halse, chronische Hydarthrosen und deformirende Arthritiden, Stocken der geistigen Entwickelung bis zum Idiotismus.

Aus dem reichen Inhalt der oben genannten Capitel und den zugehörigen der zwei anderen Theile des Werkes sei hier Einiges angeführt. Eine Erfahrung, die Fournier an einem hereditär-syphilitischen Mädchen von 14 Jahren machte, die er für sechsjährig hielt, die alle Symptome des Infantilismus darbot, lächerlich klein war u. s. w., die in den erstern Lebenswochen und später mehrfach specifisch erkrankt war und zur Zeit Haut- und Knochengummata zeigte, ist durch den





Curerfolg ganz besonders interessant. Unter zweijähriger gemischter Mercur-Jodbehandlung waren nicht nur alle Zeichen der Krankheit geschwunden, sondern das Mädchen zu normaler Grösse und Stattlichkeit entwickelt, wahrhaft transformirt nach Fournier, unkenntlich geworden gegenüber ihrem früheren Aussehen, nach dem Ausdrucke der Mutter. Hier, wie an vielen anderen Stellen, macht F. immer wieder darauf aufmerksam, dass die Syphilis nicht nur syphilitische Produkte setze, sondern auch Allgemeinstörungen ohne specifischen Charakter, d'origine syph., mais pas de natur syph. Von den zahlreich angeführten Abweichungen in der Form der Knochen (so drei Abnormitäten allein an der Stirn) sei nur erwähnt, dass F. symmetrische frontale oder parietale Ausbucklungen des Schädels, Vergrösserungen seines Querdurchmessers mit Einsinken der Sutura sagittalis. (crâne natiforme); ferner angeborene Verbreiterung und zugleich Abplattung der Nasenwurzel; langgestreckte convexe Hyperostosen der Tibiadiaphyse (tibia en lame de sabre) fast entscheidend hält für die Diagnose der Hereditärsyphilis und noch sicherer entscheidend gegen die Diagnose acquirirter Syphilis. Der vielumstrittenen Keratitis interstilialis diffusa Hutchinson's bestreitet Fournier die exclusiv hereditäre syphilitische Abstammung; sie sei zweifellos auch im Verlaufe der acquirirten Syphilis, des Rheumatismus und sonst beobachtet, freilich überwiegend häufig bei ererbter Lues. In gleiche Linie stellt F. eine Form der Gehörerkrankung, die ohne sonstige Zeichen aus voller Gesundheit brüsk auftrete, rapid fortschreite, bis meist zu völliger Taubheit; mit Neigung zur Doppelseitigkeit, unzugänglich jeder Therapie und bis heute auch jeder Erklärung über den Sitz des Leidens. Dieses Uebel trete in identischer Weise auch bei acquirirter Syphilis auf, wie auch bei Tabes syphilitischer Herkunft. Ganz besonders verweilt der Verf. bei Beschreibung der Zahnanomalien, die meist von Anderen (Pancot, Magitot, Hutchinson) zuerst beobachtet und entwickelungsgeschichtlich verfolgt, doch alle vom Verf. gesehen und in ihrem Werthe gesichtet sind. Vor Allem die Erosionen, dann die Zwergzahnbildung, die Missgestaltung der Zähne, resp. ihre Formationen nach dem Typus anders gelegener Zähne, reine Farbenveränderungen. Vortreffliche Abbildungen unterstützen die Darstellung. Von den Erosionen betont F., dass es sich nicht um vitale Abnützung vorher gesunder Zähne handelt, sondern um intraalveoläre Erkrankung, so dass die Deformität mit dem Heraustreten des Zahnes



sichtbar werde; dass ausser dem alterirten Email auch jedesmal in der Tiefe das Dentin sich krankhaft verändert finde; genau entsprechend der Höhe und der Zahl der Erosionen; dass sie Folge seien eines anfallsweise wirkenden Allgemeinleidens während der Dentificationszeit; dass jede Allgemeinstörung zu dieser Zeit zu Erosionen führen könne. Weder seien Eklampsie noch hereditäre Syphilis allein die Ursache; diese freilich überwiegend häufig. Zwei Deformitäten seien besondes bemerkenswerth. Einmal am ersten grossen Molarzahn eine wahre Atrophie des äussersten Kronenrandes, der durch eine Rinne getrennt, in den tieferen Theil wie eingekeilt erscheint. Im späteren Leben geht das atrophische Stück verloren und es bleibt ein verkürzter Zahn mit glatter Oberfläche, gelbem Centrum und peripherem Wulst von weissem Email. Da nun diese Zähne schon im sechsten Monat des Fötallebens ihre Dentinkrone annehmen, so kann acquirirte Syphilis diese Anomalie nicht herbeiführen. Vor Allem auffällig ist der „Zahn Hutchinson's“, die bekannte halbmondförmige Usur am freien Rande der bleibenden, mittleren oberen Schneidezähne. F. hat ihn nur bei hereditär Syphilitischen gesehen, aber er hält es noch nicht an der Zeit, ihn für pathognomonisch zu erklären, wie das Hutchinson gethan hat. In jedem Falle ist die genaue Krankengeschichte des Patienten aufzunehmen; vor Allem über etwaige Syphilis der Eltern, Geschwister, Aborte der Mutter, Polymortalität an Foeten und Kindern sorgsamst nachzuforschen.

Referent macht auf die Abschnitte über Krankheiten der Knochen, des weichen Gaumens, vor Allem des Gehirns aus dem zweiten Theile — manifestations de la syphilis héréditaire tardive — gegenüber den éléments diagnostiques des ersten Theiles, als besonders interessant aufmerksam. Wenn nicht überall überzeugt, so wird doch sicher kein Leser ohne vielfache Belehrung das Werk aus der Hand legen.

**De la Sarcomatose Cutanée** par le docteur Léon Perrin. Paris G. Steinheil 1886.

Angezeigt von Dr. Carl Hochsinger in Wien.

Diese erste umfangreichere und eingehendere Bearbeitung der cutanen Sarcomatose stützt sich auf 54 Fälle theils eigener, theils fremder Beobachtungen, deren klinischer Verlauf und mikroskopische



Untersuchungsergebnisse die Basis für die Bearbeitung des Gegenstand abgegeben haben.

Nach einigen einleitenden allgemeinen Bemerkungen über d Sarcombegriff und die allgemeine histologische Eintheilung der Sa come, wobei Verf. sich streng an die von Rindfleisch vorgenommen Classificirung hält, geht er zu dem eigentlichen Thema des Werk über. Die Geschichte des Gegenstandes durchmusternd, wird besonde das hervorragende Verdienst Kaposi's um die Kenntniss der Hau sarcomatose gewürdigt und dann zur Eintheilung des Gegenstand übergegangen. Vor allem können die Hautsarcome melanotisch od nicht melanotisch und idiopathisch oder secundär sein. B den primären nicht melanotischen, werden wieder vier Hauptforme unterschieden und zwar: das multiple idiopathische Pigmen sarcom Kaposi, das einfache multiple subcutane Rundzelle sarcom der Haut, dann Uebergangsformen zwischen diesen beide Typen, und schliesslich die Sarcomatose cutanée à forme pseud mycosique. Bezüglich der ersten Form lehnt sich der Verf. gena an die Schilderung Kaposi's an und wendet sich gegen de Amici welcher für diese Sacromatose den Namen Melanosarcom an wendete, dabei aber übersehen hat, dass unter dem Begriffe de melanotischen Sarcoms eine ganz andere Sarcomerkrankung de Haut allgemein verstanden wird. Den klinischen Verlauf der primäre allgemeinen Hautsarcomatose besprechend, kann sich Verf. von den Gedanken nicht völlig frei machen, dass möglicher Weise derselben ein parasitäre Ursache zu Grunde liege und dass es vielleicht einmal dahi kommen könnte, diese Affection als eine chronische Infectionskrank heit auffassen zu müssen. Die nahe histologische Verwandtschaft mi der als Granuloma fungoïdes bekannten Affection scheint ihn in dieser seiner Vermuthung zu bestärken. Die Resultate der pathologisch-histologischen Untersuchungen über Hautsarcome werden einer eingehenden Kritik unterworfen, wobei der Verf. sich gestehen muss, dass wir trotz der zahlreichen, bisher vorgenommenen mikroskopischen Bearbeitungen des Gegenstandes kaum noch am Anfange eines Wissens über die wahre Wesenheit des Sarcomes stehen.

Die Differentialdiagnose zwischen genereller Sarcomatose und andern ähnlichen Hautaffectionen wird in einem ausführlichen Abschnitte durchgearbeitet. Besonders gelungen erscheinen die auf die Lepra tuberosa, das Molluscum fibrosum, die Fibro-



natosis generalis, das Xanthelasma tuberosum und die Carcinomatose bezüglichen Stellen.

Zur Behandlung der Sarcomatosis cutis eignen sich besonders die Arsenikpräparate und zwar am besten die Behandlung mit subcutanen Injectionen von Fowler'scher Lösung, welcher wir in zwei Fällen vollkommene Heilung dieses Leidens zuschreiben müssen. (Köbner, Shattuck.)

Ein eigenes Capitel wird den Beziehungen der primären, universellen Hautsarcomatose zu der Mycosis fungoïdes Alibert gewidmet und die letztere als eine chronische specifisch entzündliche Hautkrankheit der Syphilis, Lepra, Tuberculose und dem Rhinosclerom an die Seite gestellt. Bei Besprechung der bekannten Mikroorganismenfunde in den zwei Fällen von Mycosis fungoïdes Auspitz und Rindfleisch theilt der Verf. mit, dass in weiteren zwei Fällen von typischer Mycosis fungoïdes der Beobachtung Vidal's die Befunde der deutschen Autoren vollkommene Bestätigung gefunden hätten. Daran schliesst sich die Behandlung der vierten Gruppe der ithiopathischen Hautsarcome (Sarcomes pseudo-mycosiques), welche Verf. mit dem Lymphosarcoma cutis der ältern Autoren und der Mycosis fungoïdes d'emblée von Vidal und Brocq identificirt, aber strenge von Granuloma fungoïdes abgrenzt.

Nun folgen im Capitel III die Abhandlung der secundären Hautsarcome und der Beziehungen der visceralen zur Hautsarcomatose.

Als letzter Abschnitt folgen die primären melanotischen Sarcombildungen der Haut. Klinisch werden hier zwei Formen unterschieden: die erste auf congenitaler Basis beruhende, wo auf dem Boden eines angeborenen Pigmentmales der primäre melanotische Knoten entsteht, und die zweite, seltenere Form, bei der der melanotische Fleck und die daraus sich entwickelnde Geschwulst erst im späteren Lebensalter zum Vorschein kommt. Die Generalisation der Melanose erfolgt entweder auf dem Wege der Lymphbahnen durch melanotische Erkrankung der Lymphdrüsen, oder durch veritable Metastasenbildung, wobei kein Organ der Erkrankung zu entgehen braucht, durch die Blutbahn. Die sarcomatöse Melanose zählt zu den allerbösartigsten Erkrankungen und tödtet sicher in einer relativ kurzen Zeit. Ihre eigenthümlich dunkelbraune bis tintenschwarze Färbung, verdanken die Geschwülste der Ablagerung eines körnigen Pigmentes



in den Geschwulstzellen, des Melanins, welches nach einigen Autoren durch eine specifische Thätigkeit der Geschwulstzellen, nach anderen direct aus Blutpigment hervorgehen soll. Dasselbe ist in jeder Hinsicht dem Pigmente der Chorioides oculi analog.

Die Ausstattung des Werkes ist eine in jeder Beziehung treffliche.

# Varia.

## Naturforscherversammlung in Berlin.

## Section für Dermatologie und Syphilis.

Folgende Vorträge sind bereits angemeldet:

Schwimmer: Tuberculose der Haut und Schleimhäute.

Neisser: a) Actinomykose der Haut. b) Pemphigus vegetans.

Grünfeld: Endoskopisches.

Behrend: Klinische Grenzen der Alopecia areata.

Joseph: Experimentelle Untersuchungen über die Aetiologie der Alopecia areata.

Michelson: Ueber die neueren Methoden zur Beseitigung abnorm localisirter Haare.

Lewinski: Haarbrüchigkeit im Prodromalstadium der Meningitis cerebrospinalis.

Lassar: Beiträge zur mechanischen Behandlung der Hautkrankheiten.

C. Rosenthal: Zur mechanischen Behandlung der Hautkrankheiten.

Blaschko: Secretion der Hautfette.

Lewin: a) Pigment und locale Argyrose der Silberarbeiter. b) Demonstration mikroskopischer Präparate.

Geber: Studien über Granuloma fungoïdes.

Lipp: Ueber Behandlung des frühesten Stadiums der Syphilis.

Schuster: Ueber das Verhältniss des Erysipelas zur Syphilis.

Unna: a) Anatomie der Urticaria simplex und pigmentosa. b) Ueber die Wasserabgabe der kranken Haut während der Behandlung.

Finger: Ueber das indurative Oedem.



**Ausserdem** haben Vorträge mit noch vorbehaltenem Thema **angekündigt:**

Köbner, Pick, Doutrelepont, Caspary, Schumacher, Boer, Mracek, Touton.

---

**Prof. Neisser** beabsichtigt im Monat October, Beginn am 4. October, einen dreiwöchentlichen **bacteriologischen Curs** mit Demonstrationen und selbständigen Arbeiten Seitens der Theilnehmer abzuhalten. Anmeldungen sind an Herrn Dr. Epstein, Breslau, Allerheiligen-Hospital zu richten.

---

**An der k. k. deutschen dermatologischen Universitäts-Klinik des Prof. Pick in Prag** werden während des ganzen Schuljahres praktische Uebungen in der Diagnostik und Therapie der Hautkrankheiten und der Syphilis in sechswöchentlichen Cursen abgehalten. Eintritt jederzeit. Anmeldungen an der Klinik.

---

## Berichtigung.

Herr Prof. Lang wünscht berichtigt zu sehen, dass der Bidenkap'sche Artikel auf pag. 144 nicht von ihm, sondern von Herrn Bidenkap selbst ins Deutsche übertragen wurde.



# Bibliographie vom Jahre 1885.

(Fortsetzung und Schluss.)

---

## A. Dermatologie.

**Abney** J. A. Premature symptomatic alopecia. Daniels Tenas M. J., Austin. 1885, i. 3.

**Aeby** C. Die Herkunft des Pigmentes im Epithel. — Centr.-Bl. f. d. med. Wissensch. Berlin 1885, XXIII, p. 273—275.

**d'Ailly** A. J. Proeven met animale koepokstoff in bewaarden toestand. — Geneesk. Courant, Tiel, 1885, XXXIV no 48.

**Aikmann** J. A further note on measles. Glasgow M. J., 1885, (4°) s. XXIII, p. 438—441.

**Aikmann** J. Notes ou a recent epidemic of measles in Germany. Glasgow M. J., 1885, (4°) s. XXIII, p. 184—191.

**Allan** R. T. Case of infantile erysipelas. Australas. — M. Gaz. Sydney, 1884—85, IV, p. 164.

**Allgemeine** (Die) Einführung der Vaccination im deutschen Reiche. — Deutsche Vierteljahrschr. f. öffentl. Gesundheitspflege. Braunschweig, 1885. XVII, p. 483—505.

**Almquist** E. Wie entstehen unsere Masernepidemien? Warum hören sie auf? Göteborg, 1885, 8°.

**Andronico** C. Risultate ottenuti in Messina dalla rivaccinazione animale, e brevi considerazioni sulla stessa. — Giorn. internaz. d. sc. med. Napoli, 1885, 12 s. VII, p. 1028—1035.

**Andronico** C. Vaccino animal o vaccino umanizato? — Bull. d. sc. med. di Bologna, 1885, 6. s. XV, p. 378—384.

**Apéry** P. De l'uroglaucine, ou contribution à la diagnose de la scarlatine. — Gaz. méd. d'Orient, Constantinople, 1885—86, XXVIII, p. 181—186.

**Arjoon** S. Vaccination a scientific remedy. — Tr. M. & Phys. Soc. Bombay (1884) 1885, n. s. no. VI, p. 34—39.

**Arnould** J. Pellagre. Dict. encycl. d. sc. méd. Paris, 1885, 2. s. XXII, p. 310—392.

**Arriaga** L. L. Le cativi. Arch. de méd. nav. — Paris, 1885, X/IV, p. 464—487.

**Ashby** H. Analysis of the cases of scarlet fever. Abstr. M. & S. Cases. Gen. Hosp. Sick Children. Pendlebury Manchester (1884), 1885, IV, p. 1—19, 1. tab.



**Ashby** H. Some points in the pathology of scarlet fever. — Med. chron. Manchester, 1885—86, III, p. 190—192.

**Atkinson** A. Clinical lecture on mania syphilitica. — Virgin. M. Mouth, Richmond, 1885—86, XII, p. 333—346.

**Aurep** V. K. Sluchai ichtioso. — Vrach, St. Petersburg, 1885. VI, p. 503.

**Auret** Paul. De l'exostose sous-unguéale. Montpel., 1885, 41 p. 4°. Nr. 32.

**Auspitz** H. Ein Fall von Granuloma fungoides (Mykosis fungoides Alibert). — Vrtljschr. f. Derm. Wien, 1885, n. F. XII, p. 123—143, 3 pl.

**Babry** Maurice. Étude clinique sur le molluscum pendulum. (Paris), Le Mans, 1885, 56 p. 4°. Nr. 134*.

**Badaloni** G. La vaccinacione primaverile nel circondario di Frosinone nell' anno 1884. Frosinone, 1885, Stracca. 8°.

**Baillet**. Rapport à M. le maire de Bordeaux sur les opérations effectuées à l'abbatoir dans le service municipal de la vaccine pendant l'année 1884. — Rec. de méd. vét., Paris, 1885. 7. s. II, p. 227—232.

**Ballance** C. A. and W. B. Hadden. A case of hypertrophy of the subcutaneous tissues of the face, hands, and feet. — Tr. Clin. Soc. London, 1885, XVIII, p. 325—327.

**Ball**. Cutaneous epitheliom (tar cancer). — Med. Press & Circ. London 1885, n. s. XXXIX, p. 538.

**Ballota Taylor** R. En los dos primeros periodos de la enfermadad, E puede estable cerse categóricamente el diagnóstico diferencial entre la scarlatina y la alfonebrilla? — Siglo méd. Madrid, 1885, XXXII, p. 182—184.

**Balzer** P. et P. Mènetrier. Adénomes sébacés (variété tubuleuse) de la face et du cuir chevelu. — Compt. rend. soc. de biol. Paris, 1885, 8. s., II, p. 313—316.

**Balzer** F. & W. Dubreuilh. Variole. — N. dict. de méd. et chir. prat., Paris, 1885, XXXVIII, p. 306—405.

**Barbillion** L. Note sur quatre cas d'hyperestésie plantaire. — Progrès med. Paris, 1885, 2. s., I, p. 379.

**Barling** G. Note on a case of congenital hypertrophy of the leg (diffuse venous naevus). — J. Anat. & Pysiol., London, 1885—86, XX, p. 538.

**Barr** T. Cases of scarlet fever, complicated with nasal and pharyngeal diphtheria; rapid destruction of tympanic membranes; serious loss of hearing; facial paralysis, and abscess of lacrimal sac; recovery. — Lancet. London, 1885, II, p. 658.

**Barraquer** J. Molluscum contag. ó acné varioliforme de los párpados. — Gac. med. catal. Barcelona, 1885, VIII, p. 261—264.

**Barry** M. Étude clinique sur le molluscum pendulum. Le Mans, 1885, Drouin 8.

**Bartels** Julius. Zwei Fälle von Elephantiasis Arabum. Walsrode, 1885, Gronemann, 21 p. 8°.

**Barthl** Fernande. Des gangrènes morbilleuses et principalement de la gangrène pulmonaire comme terminaison des broncho-pneumonies rubéoliques. Paris, 1885, 56 p. 4. Nr. 11.

**Barthélemy**. Notions d'étiologie relatives surtout aux dermatoses. — Ann. méd. chir. franç. et étranger. Paris 1885, I, p. 121—127.

**Basset** M. F. Report on vaccination. — Tr. Illinois M. Soc. Chicago 1884. XXXIV, p. 271—286.

**Bassi** Guiseppe. Cenni intorno ad alcune particolari lesioni anatomiche riscontrate in soggetti pellagrosi ed intorno ad un caso di micosi cerebrale. 2. ed., Bologna, 1885, 44 p, 1 pl. 8°.

**Bauer** M. Ueber Antiseptik beim Impfen. — Mitth. d. Wien. medic. Doctorencolleg. 1885, XI, pp. 38, 52.

**Bauer** J. Cocain als schmerzstillendes Mittel bei Lupus. — Wien. med. Presse 1885, XXVI, pp. 11, 46.

**Bauer** M. Ueber Antiseptik beim Impfen. — Wiener med. Doctorencolleg. 1885, XI, p. 63—67.

**Bayles** G. The clinical management of small-pox in epidemic visitations. — Virgin. M. Month. Richmond, 1885—86, XII, p. 649—658.

**Behrend** G. Ueber Knotenbildung am Haarschaft. — Berl. klin. Wchnschr. 1885, XXII, p. 270.

**Behrend** G. Ueber Herpes tonsurans und Favus. — Vrtljschr. f. Dermat. Wien, 1884, XI, p. 353—358.

**Behrend** G. Ueber Knotenbildung am Haarschaft. — Deutsche medicinische Wochenschr., Berlin, 1885, XI, 139.

**Behrend** G. Ein Fall idiopathischer angeborener Hautatrophie. — Berlin. klin. Wochenschrift 1885, XXII, p. 88—90.

**Beiträge** zur Literaturgeschichte der Kuhpockenimpfung. — Correspbl. d. allg. ärztl. Vers. in Thüringen. Weimar, 1885, XIV, p. 284, 317, 362, 388.

**Benavente** (padre). La erisipela en el Colegio de la Paz de Madrid. — Arch. de med. y cirug de l. minos, Madrid, 1885, I, p. 2—5.

**Bergh** R. Beretning fra Almideling Hospitals 2den Afdeling (for veneriske og Hud Sygdomme) for 1884. — Hosp. Tid Kjobenhag, 1885, 3. R., III, pp. 969, 998, 1071, 1093.

**Bergougnoun** P. Considérations sur le pronostic de l'atrophie papillaire. Lyon, 1885, 70 p., 4°, Nr. 252.

**Bericht** über die Ergebnisse der Impfungen und Wiederimpfungen im Königreiche Sachsen im J. 1884. — Corrbl. d. ärztl. Kreis- und Bez.-Ver. im Königr. Sachsen. Leipzig 1885, XXXIX, p. 1—5, 3 M. 5 Pf.

**Bericht** über die besonderen Vorkommnisse beim Impfgeschäft im Königr. Sachsen während d. J. 1884. Heid., p. 13—18.

**Bertarelli** A. Resoconto clinico del comporto speciale per le malattie cutanee dell' Ospedale Maggiore di Milano nel seiennio. 1879—1884. Milano 1885, Bortolotti e Com. 8°.

**Berthet** L. Vaccine et variole. Contribution à l'étude de leurs rapports. Lyon 1884, 92 p. 4°. Nr. 207.

**Besançon** J. Pseudo-pellagre d'origine alcoolique. — Gaz. méd. de Paris 1885, 7. s., II, p. 531—533.



**Beschlüsse** (Die) der zur Berathung der Impffrage vom 30. Oct. bis 5. Nov. 1884 im kaiserl. Gesundheitsamt in Berlin einberufenen Commission. — Deutsche med. Wochenschr. Berlin, 1885, XI, p. 365—368.

**Besnier** E. Le lupus et son traitement. (3e article.) — Ann. de dermat. et syph., Paris, 1885, 2. s., VI, p. 1—8.

**Besnier** E. Contribution à l'histoire des myomes cutanés, dermatomyomes, lyomyomes de la peau. — Ann. de dermat. et syph. Paris, 1885, 2. s., VI, p. 321—327.

**Bewley** H. T. The changes occurring in the skin in some forms of disease. — Dublin, J. M. Sc. 1885, 3. s., LXXX, p. 185—195.

**Biart** C. M. G. Tinea versicolor of the face. — J. Cutan. & Ven. Dis. New-York, 1885, III, p. 73.

**Bieganski** W. O naczynioruchowem oddziale. skóry i o sztucznej pokrzywce. — (Urticaria facticia) Medycyna, Warszawa, 1885, XIII, pp. 381, 397, 418.

**Blackwell** E. T. Traumatic erysipelas about the anklejoint. — Med. & Surg. Report. Philadelphia, 1885, LIII, p. 429.

**Blachopoulos** D. *’Ιστωρίαι ἀφρώστων. Εχτῶν ἐν Βιέννῃ ἀπομνηνονευμάτων. Γαληνὸζ, Αθῆναι*, 1885, *ΙΔ*, p. 185—189.

**Blaise** Charles. De la forme hémorrhagique de l'érysipèle. — Contribution à l'étude de l'érysipèle infectieux. Paris, 1885, 54 p. 4°, Nr. 237*.

**Blank** H. W. Ulcerating syphilide of face; its diagnosis from lupus and epithelioma; value of iodides in late syphilis. — Virginia M. Month. Richmond, 1885—86, XII, 665—669.

**Blix** (M.). Experimentelle Beiträge zur Lösung der Frage über die spec. Energie der Hautnerven.

**Bloch** M. et Vicente. Scarlatine hyperthermique (43°) chez un enfant de cinq mois; applications froïdes; guérison. — Rev. mens. d. mal. de l'enf. Paris, 1885, III, p. 453—455.

**Boal** R. Oleate of copper in tinea capitis. — Peoria M. Month. 1885—86, VI, p. 24.

**Bockhart** M. Zur Unna'schen Behandlung des lichen ruber. — Deutsche medicin. Wochenschr. Berlin, 1885, XI, p. 374.

**Bockhart** M. Die chirurg. Behandlung des chron. Eczems. — Deutsche med. Wochenschr. Berlin, XI, p. 503—505.

**Boeck** C. Dermatofpter. — Forh. Norske med. Selsk i Kristiania, 1885, p. 147—155.

**Boeck** C. Xanthoma tuberculatum. — Ibid. p. 180—185.

**Boins** M. Contribution à l'étude de la variole hémorrhag. Montpel. 1885, 61 p., 4°, Nr. 43.

**Bois** A. Anthrax maligne Progrès méd. Paris, 1885, 2. s., II, p 294.

**Bókai** J. Ueber die scarlatinösen Gelenksentzündungen (Trans. from Orvosi hetil., 1885, nos. 6—8 Extr.). — Pest. med.-chir. Presse. Budapest 1885, XXX, p. 251—264.

**Bókai** J. A scarlatós izületlobokról. (Scarlet fever and acute rheumatism). — Orvosi hetil. Budapest, 1885, XXIX, pp. 137, 161, 189.

**Bókai** J. jun. Ueber die scarlatinösen Gelenksentzündungen. — Jahrb. f. Kinderheilk. Leipzig 1885, n. F., XXIII, p. 305—336.

**Boldt** H. J. A neurosis simulating scleroderma. New-York M. J. 1885, XLI, p. 539.

**Bonnafé** Emile. De l'emploi du cautchouc dans le traitement local de l'eczéma et de quelques autres maladies de la peau. — Montpl. 1885, 56 p. 4°, Nr. 31.

**Bonnet** R. Haarspiralen und Haarspindeln. — Morphol. Jahrb., Leipzig, 1885—86, XI, p. 220—228, 1 pl.

**Bouloumié** P. Pyélo-néphrite consécutive à la scarlatine. — Union méd. Paris, 1885, 3. s., XXXIX, p. 373—376.

**Bourgui** P. Contribution à l'étude de l'albuminurie dans la variole. Lyon, 1885, 88 p., 4°, Nr. 254.

**Boursier** A. Elephantiasis du cou et de la face. — J. de méd. de Bordeaux, 1885—86, XV, pp. 168, 180.

**Bordoni Uffreduzzi**. Contribuzione allo studio dei microparassiti cutanei normali. — Gior. d. r. Acad. di med. di Torino, 1885, 3. s., XXXIII, p. 536.

**Boutonnier**. Traitement du psoriasis par l'acide chrysophanique. — Arch. de méd. et pharm. mil. Paris, 1885, VI, p. 271—273.

**Bowdich** V. Y. A case of traumatic linear atrophy. — Boston M. & S. J. 1885, CXII, p. 617.

**Breda** A. La electroterapia in uno caso di eritema cutaneo bulloso angionevrotico. — Gior. ital. d. mal. ven. Milano, 1885. XXVI, p. 93—98.

**Bredin** S. Smallpox and vaccination. N. York, M. J. 1885, XLII, p. 300.

**Briggs**. Malignant scarlatina. — St. Louis M. & S. J. 1885, XLVIII, p. 417—420.

**Bristowe** J. S. Clinical remarks on purpura urticans, with cases. — Med. Times & Gaz. London, 1885, I, p. 599—602.

**Brito** P. S. On leucoderm, vitiligo, Ven Kuttam (Tamil) or Cabbare (Singhalese) and several, news Methods of treatment. — Br. M. J. London 1885, I, p. 834.

**Broca** A. Sur un cas de panaris analgésique (de Morvan). — Ann. de dermat. et syph. Paris, 1885, 2. s., VI., p. 282—286.

**Brocq** L. Desquamative scarlatiniform erythema. — J. Cutan. & Ven. Dis. New-York, 1885, III, p. 225—236.

**Brooke** H. G. Topical applications in diseases of the skin. — Med. chron. Manchester, 1885—86, III, pag. 12—21.

**Brown** B. Observations on the treatment of scarlet fever. — Am. J. Obst. New-York, 1885, XVIII, p. 1175—1184.

**Brown** B. Treatment of scarlatina. — Tr. M. Soc. Virg. Richmond, 1885, XVI, p. 100—104.

**Brown** Elizabeth S. Congenital purpura in a new-born child. — Am. J. Obst. New-York, 1885, XVIII, p. 1048—1050.

**Browne** J. W. Scarlatina and simulating eruptions, following surgical operations. Brit. M. J. London, 1885, II, 692—694.



**Bruce** W. Case of eczema treated by the Strothpeffer waters. — Brit. M. J. London, 1885, II, p. 447.

**Bulkley** L. D. The treatment of carbuncle without incision. — J. Am. M. Ass. Chicago 1885, IV, p. 542—545.

**Bulkley** L. D. On repeated doses of castor oil, especially in certain skin diseases in children. — J. Ann. M. Ass. Chicago, 1885, V, p. 96—99.

**Bulkley** L. D. Acne, its etiology, pathology, and treatment, a practical treatise based on the study of one thousand five hundred cases of sebaceous diseases. — New-York & Lond. 1885, G. P. Putman's Sons, 290, p. 80.

**Bulkley** L. D. On the etiology of acne. — Clinical study. Gaillard's M. J. New-York, 1885, XXXIX, p. 242—257.

**Burchardt** M. Ueber Behandlung des Eczems. — Monatsh. f. prakt. Dermatolog. Hamburg, 1885, IV, p. 41—45.

**Byford** H. T. Observations on the cause and treatment of infantile eczema and allied eruptions. — I. Ann. M. Ass., Chicago 1885, V, p. 317.

**Campana** R. Prurigine e lupus. — Salute: Italia med., Genova, 1885, XIX, p. 82—85, 1 pl.

**Campana** R. Prurigine (reperto anatomico e patogenesi). — Salute: Italia med. Gen. 1885, XIX, p. 438—443.

**Campana** R. Sarcoma primitivo della cute. — Ibid. p. 355—364.

**Campana** R. Sui globi del mollusco contagioso. — Ibidem 377.

**Campana** R. Psoriasi; nota anatomica. — Gior. ital. d. mal. ven. Milano, 1885, XXVI, p. 160—163. 1 pl.

**Campbell**. Carbuncle or anthrax; death from blood-poisoning. — Canad. Pract., Toronto, 1885, X, p. 357.

**Camps** Goutram. Du panaris profond ou ostéomyélite des phalanges. Paris, 1885, 41 p., 4°, Nr. 225.

**Carini** A. Erpetismo e trofismo. Diss. di laurea. — Gior. ital. d. mal. ven. Milano, 1885, XXIV, p. 209—217.

**Carsten**. Verslag van de werkzaamheden der afdeelingen van de Vereeniging van Inrichtingeu tot bevordering der Koepokincuting in Nederland, ged. het j. 1883 Nederl. — Tydschr. v. Geneesk. Amst. 1885, XXI, p. 149—153.

**Carsten** Verslag van de werkzaamheden der afdeel. van de vereeniging van inrichtingen tot bevordering der koepokincuting in Nederland; geduren de het jaar 1884. — Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. Amsterd. 1885, XXI, p. 885—887.

**Carvallo** D. La viruela en Valparaiso; epidemia de 1883. — Bol. de med. Santiago, 1884—85, I, pp. 324, 366.

**Caspary** J. Ueber Prurigo. — Vrtljsch. f. Dermat. Wien, 1884, XI, p. 341—346.

**de Castellarnau** L. Estudios téorico-clinicos de las enfermedades nervosas tratadas por la hidroterapia. Barcelona, 1885. Espasa y Compania.

**Cauchois**. Érysipèle et antisepsie. — Rev. de chir. Paris, 1885, V, p. 359.

**Chambard** E. Le zona xanthomateux et le xanthome d'origine nerveuse. — Ann. de dermat. et syph. Paris, 1885, 2. s., VI, p. 348—359.



**Chambard** E. Note sur un cas de psoriasis vaccinal et sur la signification pathogénique de cette affection. — Ann. de dermat. et Syph. Paris, 1885, 2. s., VI, p. 498—502.

**Chambard** E. Ecthyma. — Dict. encycl. d. sc. méd., Paris, 1885, l. s. XXXII, p. 490—520. Eczema, ibidem, p. 549—622.

**Chambard** E. Pelade. — Dict. encycl. d. sc. méd. Paris, 1885, 2. s., XXII, p. 283—298.

**Chapard** Albert. La roséole squameuse dans ses diverses formes. Paris, 1885, 56 p., 4°, Nr. 350.

**Chavarin** J. J. La elephantiasis en los Griegos. Voz de Hipocrates. — Meníco, 1884, II, pp. 165, 172, 180, 199, 203, 271, 279, 288.

**Cecil** J. G. An endemic of measles. — Louisville, M. News, 1885, XIX, p. 369.

**Cerasi** F. La cocaina in alcune malattie della pelle. — Gaz. med. di Roma, 1885, XI, p. 97—100.

**Chew** W. L. Chronic universal squamous eczema cured by chaulmoagra oil. — N. Orl. M. S. J. 1885—86, n. s., XIII, p. 373.

**Cicera** J. Del eczema en los minos de pecho desde los puntos de oista etiológico y terapéutico. — Gac. méd. catal., Barcel., 1885, VIII, pp. 289, 326.

**Clark** F. Le G. Carbuncle. — St. Thomas' Hospit. Rep. 1883, London, 1884, n. s., XIII, p. 6.

**Clark** F. Le G. Corns and warts. — Ibid., p. 2.

**Clasen** F. E. Die Haut und das Haar. Ihre Pflege und ihre kosmetischen Erkrankungen. Stuttg. 1886, Gunders., 8°, 4 M.

**Claverie** E. C. Contribution à l'étude de la rougeole survenant dans la grossesse et dans l'état puerpéral. Bordeaux, 1885, Gounouilhou, 8°.

**Clementi** B. Il medico provinciale per la pellagra. Vicenza, 1884, 8°.

**Collie** A. Observations an the diagnosis of small-pox. — Med. Times & Gaz. London, 1885, I., p. 441—443.

**Collin**. De l'herpétisme; étude pour servire au diagnostic de cette diathèse par la percussion et l'auscultation. — Ann. Soc. d'hydrol. méd. de Paris, 1885, XXX, p. 456—499.

**Colomiatti** V. F. Trattato di anatomia patologica della pelle. Torino, 1884, Bona, 8°, L. 6.

**Comby** J. Quelques observations d'urticaire dans la première enfance. — Franc. méd. Par. 1885, II, p. 1185—1188.

**Comby** J. Quelques cas de zona chez les enfants. — Franc. méd., Paris, 1885, I, p. 821—824.

**Comerford** H. Case of pemphigus acutus in a Eurasian. — Indian M. J. Calcutta, 1885, IV. p. 297.

**Condizioni** (Le) sanitarie della provincia di Milano. Atti della Commissione d'iachiesta nominata dal prefetto di Milano comm. Achille Basile per le indagini sulla pellagra. Milano, 1885, 8°.

**Coni**. La viruela eu la ciudad de Buenos-Aires. Rev. méd. quir. B.-Aires, 1884—85, XXI, p. 363—365.

**Corlett** W. T. Diseases of the skin of reflex nervous causation. Med. & Surg. Reporter. Philad., 1885, LXX, p. 740—742.

**Cornil** et L. Ranvier. Histologie normale de la peau. (Extr. from: Manuel d'histologie pathologique, 2. éd.) — Ann. de dermat et syph., Paris, 1884, 2. s., V, p. 506—517.

**Corral y Maestro**. Accidentes de la vaccinacion. — Correo méd. castellano, Salamanca, 1885, II, 291—306.

**Courtade** A. Favus de la peau. — Union méd. Paris, 1885, 3. s., XL, p. 964—966.

**Coutie** W. H. Notes of eight cases of small pox treated at the Sanatorium near Melbourne. Australas. — M. Gaz., Sydney, 1884—85, p. 118—124.

**Crawford** D. G. Case of pemphigus foliaceus. — Indian. M. J. Calcutta, 1885, IV, p. 181—183.

**Crocker** H. R. On the internal administration of turpentine in cutaneous diseases. — Practitioner, London. 1885, XXXIV, p. 176—186.

**Crocker** H. R. A case of uriticaria pigmentosa, or xanthelasmoidea. — Tr. Clin. Soc. London, 1885, XVIII, p. 12—15, 1 pl.

**Crocker** H. R. Clinical lectures on scleroderma. — Lancet. London, 1885, I, pp. 927, 975.

**Crooke** G. Zur patholog. Anatomie des Scharlachs. Fortschr. d. Med. Berlin, 1885, III, 651—662.

**Cruyl** L. Contribution à l'étude du traitment du psoriasis par la traumaticine chrysophanique. — Ann. Soc. de méd. de Gand, 1885, XLIV, p. 157—180.

**Darbishire** S. D. On a case in which milk was the vehicle of the infection of scarlet fever., Sth. Barth. Hosp. Rep., London, 1884, XX, p. 39—100.

**Dauchez** H. Note pour servire à l'histoire de la contagion tardive de la scarlatine. J. et sc. méd. de Lille, 1885, VII, p. 452—454.

**Davis** S. A. Erysipelas following vaccination, complicated with double lobar pneumonia; autopsy. — Arch. Pediat. Philad., 1885, II, p. 353—356.

**Debout**. De la mauvaise qualité du vaccin pris à de sujets qui ont déjà été vaccinés une fois. — Bullet. men. Soc. méd. d'hôp. de Paris, 1885, 3. s., II, p. 89—91.

**Deletang** Adrien. Contribution à l'étude de la pathogénie de l'herpès phlycténoide. Paris, 1885, 68 p., 4°, Nr. 212.

**Deligny** L. De l'eczéma chez les goutteux. — Union méd., Paris, 1885, 3. s., XL, p. 937—942.

**Deligny** L. Observation d'un cas d'éruption simultanée d'eczema et d'impétigo sur un même sujet. — Ibid., p. 841—844.

**Demitsch** W. Ein Fall von Pityriasis rubra. — St. Petersb. med. Wochenschr. 1885, n. F., II, p. 85—88.

**Demiéville** P. Épidémie d'érysipèle; érysipèles recidivants. — Rev. méd. de la Suisse Rom. Genève, 1885, V, p. 403—409.

Der **Dermalige** Zustand des Impfwesens der Reichshaupt- und Residenzstadt Wien nach den Ergebnissen der im J. 1883—84 stattgehabten Impfung.





Hauptimpfbericht, erstattet vom Wiener Stadtphysikate. — Med.-chir. Centralbl. Wien, 1885. XX, pp. 109, 121, 133, 145, 157, 169, 181.

**Descroizilles**. Éruption confluente d'urticaire accompagnée de troubles gastriques et intestineaux après ingestion de moules, chez un jeune garçon. — Rev. mens., d. mal. de l'enfant. Paris, 1885, III, p. 249—258.

**Descroizilles**. Érythème noueux et papuleux à poussées multiples, chez un jeune garçon. — J. d. conn. méd. prat. Paris, 1885, 3. s., VII, p. 323.

**Descroizilles**. Rougeole compliquée de broncho-pneumonie et suivie de mort: abcès rétropharyngien méconnu pendant la vie et découvert à l'autopsie. — France méd. Paris 1885, II, p. 1558—1563.

**Desprès**. Calendrier des érisipèles (salles Saint Jean et Sainte-Rose, hôpital de la Charité 1885). — Bull. et Mém. Soc. de chir. de Paris, 1885, n. s., XI, p. 694—697.

**Dewèvre** L. Sur la nature contagieuse et parasitaire de l'impetigo. — Archiv. de méd. et pharm. mil., Paris, 1885, VI, p. 209—227.

**Diakonov** D. J. O ziumen zude; pruritus hiemalis. — Vrach. St. Petersb. 1885, VI, pp. 200, 220.

**Dicci** U. Su di un caso di albuminuria durante una prurigine. Milano. 1885, 8°.

**Di Lorenzo** G. Lozione solforica composta in alcune dermatosi simplici e parassitarie; contribuzione clinico-therapica. — Archiv. di pathol. inf., Napoli, 1885, III, p. 174—176.

**Discussion** sur l'érysipèle et la méthode antiseptique. — Bull. acad. de méd. Paris, 1885; 2. s., XIV, p. 565—577.

**Discussion** on erysipelas. (Proin: N. Y. M. J.) — Quart. Bull. Clin. Soc. New-York, Post-Grad M. School & Hosp., N. Y. 1885—86, I, p. 74—83.

**Discussion** sur l'érisipèle et la méthode antiseptique. — Bull. Acad. de méd. Par. 1885, 2. s., XIV, pp. 642, 747, 801, 842.

**Discussion** on small pox hospitals. — Tr. M. Off. Health. London, 1884—85, p. 94—125.

**Documentos** de la epidémia de viruela del ano de 1884—85; informes de los médicos municipales. — Crón méd., Lima, 1885, II, p. 172—174.

**Dolbner**. Ueber Impfung mit Reissner'schem Impfpulver. — Aerztl. Intbl. München, 1885, XXXII, p. 360—362.

**Dominguer** S. Tratamiento del furmiculo. — An. de circ. méd. Argentino Buenos-Aires, 1883—84, VII, p. 454—456.

**Dor**. Un cas de chromatotyphlose ou achromatopsie complète. — Rev. gén. d'opht. Paris, 1885, IV, p. 433—436.

**Doutrelepont**. Die Aetiologie des Lupus vulgaris. — Vrtljschr. f. Dermat. Wien, 1884, XI, p. 289—302.

**Dow** H. B. On acne. — Tr. Willan. Soc. Lond. (1883—84), 1885, I, p. 52—54.

**Dreyfus-Brisac** L. De la nature d'érythème polymorphe. — Gaz. hebd. de méd. Paris, 1885, 2. s., XXII, p. 170—172.



**Drysdale** C. R. On acne rosacea. — Med. Press. & Circ., London, 1885, XXXIV, p. 416—418.

**Drysdale** C. R. The latest teachings of the Hôpital du midi Paris. — Med. Press. & Circ. London, 1885, n. s. XL, pp. 226—250.

**Dubois-Havenith**. Un cas de xeroderma pigmentosum. — J. d. méd. chir. et pharmacol. Brux., 1885, LXXX, p. 545—550.

**Dubois-Havenith**. Deux cas d'acne rosacée hypertrophique; galvanocaustic, guérison. — J. de méd. chir. et pharmacol. Brux. 1885, LXXX, p. 551—556.

**Dubois-Havenith**. A propos du traitement de l'eczéma. — J. de méd. chir. et pharmacol., Brux. 1885. LXXX, p. 494—516.

**Dubousquet-Laborderie**. Traitement de la névralgie du zona par le salicylate de soude. — France méd. Paris, 1885, I, p. 881.

**Dubrucil** A. Une épidémie d'érysipèles à la clinique chirurgicale. — Gaz. hebd. d. sc. méd. de Montpel. 1885, VII, p. 181.

**Du Cazal**. Note relative à emploie de l'acide chrysophanique dans le traitement du psoriasis. — Archiv. de méd. et pharm. mil., Paris 1885, VI, p. 109—113.

**Duchastelet** L. De l'érythème polymorphe. — Ann. méd. chir. franç. et étrang. Paris, 1885, I, 56—59.

**Duckworth** D. On an case of acute pemphigus in an adult, fatal on the minthday. — St. Bart. Hosp. London, 1884, XX, p. 41—44.

**Duhring** L. A. Case of dermatitis herpetiformis with peculiar gelatinous lesions. — Med. News, Philad., 1885, XLVI, p. 259—261.

**Duhring** L. A. Epithome of diseases of the skin. Being an abstract of a course of lectures delivered in the University of Pennsylvania during the session of 1883 and 1884. Reported by Henry Wile. Philad., 1886, J. B. Lippincott 130 p. 8°. (Repr. from: Med. News Philad.)

**Duhring** L. A. Diseases of the skin. Preface by Fournier and notes from French translation. Translated by Fridberg under the editorship of Polotebnov and Bruev. — St. Petersb. 1885, 620, p. 8°.

**Duhring** L. A. Relation of herpes gestationis and certain other forms of disease to dermatitis herpetiformis. — Med. News. Philad., 1885, XLVII, p. 421—426.

**Dulles** C. W. Note on the treatment of onychia. — Ibid., p. 320.

**Dumbar** Lewis. Ueber Pigmentirungen der Haut. Berl., 1884, E. Müller, 29 p. 8°.

**Duroselle** F. Étude sur le xanthelasma. Paris, 1885, 60 p. 4°, Nr. 163*.

**Duvernay** E. De l'érysipèle en province. — Union méd. Paris, 1885. 8. s., XXXIX, p. 815—818.

**Edwards** S. Round celled sarcoma of the skin. — Lancet. London, 1885, II, p. 1141.

**Edwards** E. J. Small pox in Germany. — (From the Times, Nov. 26, 1885.) J. Statisk. Soc. London, 1885, XLVIII, p. 670—674.





**Egasse.** Emploi de chrysarobine et de l'acide chrysophanique dans le traitement des affections de la peau. — Nouv. remèdes, Paris, 1885, I. p. 73—76.

**Ehrmann** S. Untersuchungen über die Physiologie und Pathologie des Hautpigments. — Vrtljschr. f. Dermat. Wien 1885, n. F. XII, p. 507—532.

**Eichhorn** Karl. Zur Aetiologie des Lupus. Würzb. 1884, P. Scheier, p. 21, 8°.

**Eichhorst.** Ueber die Wärmestrahlung der menschlichen Haut unter gesunden und krankhaften Verhältnissen. — (From Tagebl. d. Vers. deutsch. Naturf. u. Aerzte.) Wiener med. Wochenschr. 1885, XXXV, p. 1249—1252. Also: Prag. med. Wochenschr. 1885, X, p. 415—417.

**Eichstedt.** Ueber die auf Rügen in Folge der Pockenimpfung in diesem Sommer aufgetretene Krankheit. — Berl. klin. Wochenschr. 1885, XVII. p. 711—714.

**Elliot** G. T. Herpes tonsurans maculosus. — New-York, M. J. 1885, XLII, p. 10.

**Elliot** C. A case of hyperpyrexia following measles, treated succesfully by the wet pack and cold douche. — Bristol M.-Chir. J., 1885, III. p. 109—113.

**Elliot** G. T. Pyrogallic acid and collodion; a treatment for psoriasis. — New-York M. J. 1885, XLII, p. 257.

**Eloy** C. La morbidité, la mortalité et la médecine préventive de la rougeole. — Un. méd. Paris, 1885, 3. s. XXXIX, pp. 761, 773.

**Eloy** C. Le diagnostic pathogénique des sklérodermies. — Union med., Paris, 1885, 3. s. XL, p. 37—41.

**Eloy** C. La contagiosité et le parasitisme de l'impétigo au point de vue thérapeutique et prophylactique. — Union med., Paris, 1885, 3. s. XL, p. 625—628.

**Eloy** C. El serampión su morbosidad, su mortalidad, y sa medicina preventiva. — (Transl. from Scalpel, Liége, May 24, 1885, ley Rodriguez Ménder.) Cac. méd. catal., Barcel. 1885, VIII, pp. 685, 716.

**Engelhardt.** Die Ergebnisse der Impfung seit dem Bestehen des Reichsimpfgesetzes während d. J. 1875—84 im Impfbezirk Neustadt a d. Orla. — Correspondenzbl. d. allgem. ärztl. Vereinig. v. Thüringen, Weimar, 1885, IV, p. 244—255.

**Ergebnisse** des Impfgeschäftes im Deutschen Reiche für das Jahr 1882. — Zusammengest. aus d. Mitthlg. d. einzelnen Bundesregier. Arb. a. d. k. Gesundh.-Amte, Berlin, 1885, I, p. 77—139.

**Esmarch** F. und D. Kulenkampff. Die elephantiastischen Formen. Eine umfassende Darstellung der angeborenen und erworbenen Elephantiasis sowie aller verwandten Leiden. Hamb. 1885, P. F. Richter. 300 p., 29 pl.. 4°, 60 M.

**D'Espine** A. Vaccine. — N. dict. de méd. et chir. prat., Paris, 1885, XXXVII. p. 1—44.



**Essig.** Beitrag zur Impfung mit animaler Lymphe. — Med. Correspondenzbl. der württemberg. ärztl. Vere. Stuttgart, 1885, LV. p. 292—294.

**Esteves** J. A. La erisipela y el éter, el cancer y la erisipela. — An. de Circ. méd. Argentino, Buenos Aires 1885, i, p. 504—509.

**Eulenburg** H. Ueber die Wirksamkeit der königl. preuss. Impfinstitute im J. 1884. Vrtljschr. f. gerichtl. Medic. Berl. 1885, n. F. XLIII, p. 144—150.

**Fechner** G. T. Ueber die Methode der richtigen und falschen Fälle in Anwendung auf die Massbestimmungen der Feinheit des Raumsinnes oder der sogenannten extensiven Empfindlichkeit der Haut. — Zeitschr. f. Biol. München, 1885, XXI, p. 527—569.

**Féréol.** Observation de chromidrose ou chromocrinie. — Bull. Acad. de méd. Paris, 1885, 2. s. XIV, p. 1071—1075.

**Fermi** M. Alcune considerazioni intorno alla eresipela. — Bull. d. Comit. med. cremonese, Cremona, 1885, V, p. 53—65.

**Ferrari** P. Lezioni di dermatologia generale. Milano-Napoli, 1885, L. Vallardi, 8°, L, p. 5.

**Feulard** H. Nouveau cas de dégénerescence colloïde du derme. Examen histologique par M. le Dr. Balzer. — Ann. de dermat. et syph., Paris, 1885, 2. s. VI, p. 342—345.

**Feulard** H. Observation d'urticaire pigmentée. — Ann. de dermat. et syph. Paris, 1885, 2. s. VI, p. 155—157.

**Filamov** N. Scarlatinosa rubia. — Russk. med., St. Petersb. 1885, III, p. 895—897.

**Fincham** G. T. Pallor of the skin in some of its clinical aspects. Westminster Hosp. Rep. London, 1885, I, p. 19—33.

**Fiorioli della Lena** V. Contributo alla casuistica della reciproca influenza morbigena del sistema nervosa e della cute., Gazz. med. di Torino, 1885, XXXVI. p. 415—418.

**Foà** P. Fibromatosi cutanea ulcerosa micotica. — Arch. per le se med. Torino, 1884—85, VIII, p. 345—351, 1 pl.

**Fokker** A. P. Methoden om door verznacking van smetstofen vaccinste verkrippen. — Nederl. Tijdschrift v. Geneesk., Amst. 1885, XXI, p. 621—629.

**Foley.** Sur l'étiologie d'éléphantiasis. — Bull. Soc. d'anthrop. de Paris, 1885, 3. s. VIII, p. 277—290.

**Fort** J. A. Curieuse observation d'eczéma aigu généralisé tendant à prouver la nature lymphatique de l'eczéma. — Gaz. d. hôp, Paris, 1885, LVIII, p. 1035.

**Fox** G. H. On various methods of treating lupus vulgaris including the use of burr and hook. — J. Cutan. & Ven. Dis, N. J. 1885, III, p. 70—73.

**Fox** Tilbury. Compendio delle malattie della pelle col relativo ricettario, ad uso degli studenti e dei pratici. — 3a. edicione notevolmente coretta. Napoli, 1885. R. Marghieri, 32° L. 2.

**Fox** C. A peculiar form of skin disease. — Brit. med. J. London, 1885, pp. 1, 786.



**Fox** T. C. Report of the department for diseases of the skin. 1884. — Westmünster Hosp. Rep., Lond. 1885, I, fl. 169—190.

**Fox** T. C. On pityriasis carciné (Horand) and pityriasis carciné et margyné (Vidal). Tr. Clin. Soc. London, 1885, XVIII, p. 244—247.

**Fraenkel** A. u. A. Freudenberg. Ueber Secundäraffection bei Scharlach. — Centralbl. f. klin. Med. Leipzig, 1885, VI, p. 753—758.

**Fremmert** H. Zur Casuistik der Leukoplakie. — St. Petersb. Med. Wochenschrift 1885, n. F. II, p. 4.

**de Fromentel** H. Des synalgies ou sympathies douloureuses. — (Analysis by Perret.) Lyon, méd. 1885, L, p. 246—252.

**Funk.** Ueber einen Fall von Dermatitis exfoliativa adultorum. — Monatsschrift f. prakt. Dermat. Hamb. 1885, IV, p. 155—159.

**Funk.** Przyczynek do nauki o herpes zoster bilateralis. — Gaz. lek. Warszawa, 1885, 2. s. V., p. 669—672. — Tradzik bliznowy (Acne varioloformis). Ibid. p. 700—702.

**Funk.** Przypadek „xerodermatis pigmentosi" Bakteryje w wydzielinie łącznicy przy xeroderma pigmentosum. — Gaz. lek. Warzszawa, 1885, 2. s. L. p. 899—902.

**Funk.** Przyczynek do nauki o wrodzonej rybiej lusce (Ichtyosis congenita). — Gaz. lek. Warszawa, 1885, 2. s. V, p. 1004—1006.

**Für und wider** das Impfen. — Gesundh. Frankf. a. M. 1885, X, p. 337.

**Gairdner** W. F. Scarlatinal albuminuria and the „pre-albuminuric stage" studied by frequent testing. — Lanc. Lond., 1885, II, p. 898.

**Gamberini** P. Il lupus à una tuberculosi? Bologna, 1885. Gamberini e Parmeggiani 16°. (Rep. from Boll. d. sc. med. di Bologna.)

**Gamberini** P. Contribuzione allo studio della cura del' eczema. — Gior. internat. d. sc. med. Napoli, 1885, n. s. VII, p. 293—306.

**Gasparini** L. Del vajuolo. — Gaz. med. dal. lomb. Milano, 1885. 8. s. VII, p. 304—307.

**Gee** S. A kind of eczema vaso paralytic? — St. Bart. Hosp. Rep. London, 1884, XX, p. 11.

**Gegenbauer** C. Zur Morphologie des Nagels. — Morph. Jahrbuch. Leipzig, 1884—85, X, p. 465—479.

**Geigley** J. S. Local treatement of carbuncle. — South. M. Rec., Atlanta. 1885, XV, p. 281—286.

**Geissler A.** Die Entwicklung des sächsischen Impfwesens mit besonderer Rücksicht auf die Jahre 1880—83. — Zeitschr. d. k. sächs. statist. Bureaus 1884, Dresden, 1885, XXX, p. 1—10.

**Gerhardt** C. Sensible Entartungsreaction bei Zoster. — Vrtljschr. f. Dermat. Wien, 1884, XI, p. 347—352.

**Gerhardt** C. Lupusbehandlung durch Kälte. — Deutsche med. Wochenschr. Berlin, 1885, XI, p. 699.

**German** The. Vaccination Commission. — Brit. M. J. London, 1885, II, p. 408—411.



**Germany.** Zur Impffrage. — Aerztl. Vereinsbl. f. Deutschl. Leipzig, 1885, XII, p. 113—164.

**Gibson** G. A. Hereditary herpes zoster. — Birmingh. m. Rev. 1885, XVIII, p. 180.

**Gingeot.** Del tratamiento racional de la afeccion furunculosa. (Franç. from Bull. gén. de thérap.) Rev. esp. de oftal., sif., etc., Madrid, 1885, IX, p. 70—77.

**Gingeot.** Du traitement rationell del' affection furunculeuse. — Bull. gén. de thérap. etc. Paris, 1885; CVIII, p. 172, 202.

**Giorgieri** C. Brevi osservazioni sulla pathologia e sulla terapia dell'erisipella. Gaz. med. di Torino, 1885, XXXVI, pp. 289, 316.

**Giovannini** S. Intorno alla mitoso delle cellulle dello strato di Malpighi nell' inesto epidermico. — Gaz. d. osp. Milano, 1885, VI, p. 298.

**Giovannini** S. Karyokinese der Zellen der Malpighi'schen Schichte bei einigen pathologischen experimentellen Läsionen. — Centralbl. f. d. med. Wissensch. Berlin, 1885, XXIII, p. 257—259.

**Goldscheider** A. Die specif. Functionen der Nerven d. Haut. — Vrtljschr. f. Dermat., Wien, 1884, XI, p. 313—316.

**Goldscheider** A. Neue Thatsachen über die Hautsinnesnerven. Arch. für Physiol. Leipzig, 1885, Suppl. p. 1—110; 5 fl.

**Gooding** C. E. Notes on a case of acute febrile pemphigus. Canada M. U. S. J. Montreal, 1885—86, XIV, p. 398—401.

**Gossens** L. C. H. Over area Celsi. — Rotterdam, 1885, D. v. Sign. & Zoon. 8°.

**Gratiot** C. C. How to cure a felon. — Coll & Clin. Rec. Philad. 1885, VI, p. 54.

**Graham.** Recurrent exfoliative dermatitis. — (From Proc. Toronto M. Soc.) Canad. Pract. Toronto, 1885, X, p. 162.

**Graham** J. E. A case of tuberculo-ulcerative syphilide of hereditary origin. — Med. News, Philad. 1885, XLVII, p. 273.

**Graham** J. E. A case of tuberculo-ulcerative syphilide of hereditary origin. — J. Cutan. & Ven. Dis. N.-Y. 1885, IV, p. 289—293; diss. p. 298—300.

**Grancher.** Forme particulière de la bronchopneumonie rubéolique. — S. de méd. et chir. prat. Paris, 1885, LVI, p. 440—443.

**Granel** M. Etude biologique sur le sarcopte de la gale. — Gaz. hebd. de sc. méd. de Montpel. 1885, VII, p. 138—141.

**Greco** D. Influenza delle veruche allo sviluppo degli epiteliomi cutanei. — Morgagni, Napoli 1885, XXVII, p. 169—189.

**Greenough** F. B. Increased frequency of scabies. — Boston M. & S. J. 1885, CXII, p. 619.

**Greenough** F. B. Clinical notes of psoriasis. — Boston M. & F. J. 1885, CXIII, p. 241—245.

**Grimaldi** S. Nota su una analisi di liquido contenuto in bolle di pemphigo. — Boll. d. Soc. tra i cult. d. sc. med. in Siena, 1885, III, p. 20.



**Grindon** J. Some notes of small-pox. — St. Louis Cour. Med. 1885, XIII. p. 298—315.

**Grunewald.** Ein Fall von Acne varioloformis univers. mit tödtlichem Ausgange. — Monatssch. f. prakt. Dermat. Hamburg, 1885, IV, p. 81—91.

**Le Guellant** Alb. Marie. Essai sur les phénomènes prurigineux que l'on rencontre à la période d'invasion de la scarlatine, Paris, 1885, p. 51, 4°. Nr. 337.

**Guidi** G. Il vaccino diffuso. — Archiv. di patol. inf. Napoli, 1885, III. p. 16—30.

**Gwynn** E. On small pox hospitals. — Tr. Soc. M. Off. Health., London 1884—85, p. 76—81.

**Hablot.** Aperçu général des maladies de la peau et des moyeus de les combattre. Paris, 1885, 18°, 1 fr.

**Häcker** A. Zur Anwendg. des Cocaïn. mur. bei Erysipelas faciei et capitis. — St. Petersb. medic. Wochenschr. 1885, n. F. II, p. 213.

**Hager** H. Ein Beitrag zur Anwendung von Chininpräparaten bei Hautaffectionen. — Monatschr. f. prakt. Dermat. Hamb., 1885, IV, p. 294—299.

**Hall** G. S. and H. H. Donaldson. Motor sensations of the skin. — Mind., London, 1885, X, p. 557—572.

**Hallopeau.** Sur le traitement de la teigne tondante par le procédé de Fontis. — Bul. et mém soc. de thérap., Paris 1885, 2. s. XII, p. 119—123.

**Handford** H. Diffuse scleroderma. — Lancet, London, 1885, II, p. 569.

**Hankel** E. Bericht über die Verhandlung der Commission zur Erörterung der Impffrage. — Schmidt's Jahrbuch, Leipzig, 1885, CCVI, p. 193—203.

**Hansen** A. Die Aetiologie und Pathologie der Lepra. — Vrtljschr. für Dermat. Wien, 1884, XI, p. 317—336.

**Haralson** H. H. Carbuncle Therap. — Gaz., Detroit, 1885, 3. s. I, p. 669.

**Hardaway** W. A. A case of general idiopathic atrophy of the skin. — Tr. Am. Dermat. Ass. N.-Y. 1884, VIII, p. 12. — A case of xanthoma multiplex of the skin; exhibiting the plane, tubercular, and tuberous varieties of the disease. — Ibid. p. 3—5.

**Hardaway** W. A. Die Radicalbehandlung der Hypertrichosis mit Elektrolyse. Monatsschr. f. prakt. Dermat. Hamb. 1885, IV, p. 317—324.

**Hardy.** Lezioni sulle malattie cutanee. — Spallanzani, Modena, 1885, 2. s. XIV, pp. 79, 125.

**Hardy.** Du furoncle, sa nature, son siége, ses causes et son traitement. — Gaz. d. hôp., Paris, 1885, LVIII, p. 961.

**Harries** A. J. Oleate of iron as a treatment for acute eczema. — Tr. Willan Soc. London, (1883—84) 1885, I, p. 74—79.

**Harrison** G. B. Rötheln. — Am. J. Obst. New-York, 1885, XVIII, p. 746 disc. p. 771.

**Harrison** A. J. A new method of treating tinea tonsurans. — Brit. M. J. London, 1885, II, p. 434.



**Haussmann** D. Ueber eine bei der Pockenimpfung bisher übersehene, mögliche Infection und deren Verhütung. — Berl. klin. Wochenschr. 1884, XXII, p. 233—235.

**v. Hebra** H. Elephantiasis Arabum. Wien. Klinik, 1885, XI, p. 217—284.

**Heiberg** J. Atlas der Hautnervengebiete. Ein Lehrmittel für Aerzte und Studirende; gezeichnet von A. Fosternd, Christiania 1884, Cammermeyer. 8°, M. 6·75.

**Heitzmann** C. Die dauernde Entfernung von Haaren mittelst Elektrolyse. — New-Yorker medic. Presse. 1885—86, I, p. 2—6.

**Heitz** Victor. Contribution à l'étude des éruptions bulleuses. Paris, 1885, 81 p., 4°, Nr. 49.

**Henle** J. Das Wachsthum des menschlichen Nagels und Pferdehufs. Göttingen 1884, Dieterich, 4°, 10 M.

**Henry** R. S. The West Virginia vaccine appropriation bill. — Maryland M. J. Balt. 1885, XIII. p. 101—103.

**Henry** R. S. Mr. H. C. Mc Whorter and vaccination. — Fr. M. W. Virg. Wheeling 1885, XVIII, p. 223—227.

**Herzen** A. Le sens thermique. — Rev. scient., Par. 1885, XXXVI, p. 723. — Ueber die Spaltung des Temperatursinnes in zwei gesonderte Sinne. — Arch. f. d. ges. Phys. Bonn, 1885—86, XXXVIII, p. 93—103.

**Herxheimer.** Poliklinik für Hautkranke. — Jahresb. über d. Verw. der Med. Wiss. der Krankenanst. d. St. Frankfurt 1884, 1885, XXVIII, p. 244—253.

**Heurteux.** Tubercule sous-cutané douloureux (myome). — Bull. Soc. anat. de Nantes, 1883, Paris, 1885, VII, p. 10.

**Heyfelder** O. Question des revaccinations. — Bull. acad. roy. de méd. de Belg. Brux. 1885, 3. s. XIX, p. 737—743.

**Hibberd** J. T. Local treatment of carbuncle. — Indiana. M. J. Indianop. 1884—85, III, p. 209—211.

**Hilbert** R. Partielle Hypertrichosis neben angeborener Ichthiosis circumscr. Arch. f. path. Anat. etc. Berlin, 1885, XCIX, p. 569—579, 1 pl.

**History** of the late vaccination controversy in the City Council of Rock Island. Ill. Rock Island, Ill. 1885, Union Print. Co. 42 p., 8°.

**Hoffmann** L. Ueber d. Wirk. d. Unna'schen Pflastermulle. Deutsche med. Wochenschr., Berlin, 1885, XI, p. 883.

**Holder** A. B. Spasmodic croup complicating measles. — St. Louis. Cour. Med., 1885, XIV. p. 510.

**Holmes.** A case of facial carbuncle; death; necropsy. — Lancet, London, 1885, I, 889.

**Horand.** De la syphilide acnéique du nez. — Ann. de dermat. et syph., Paris, 1885, 2. s. VI, p. 385—399.

**Huber** G. Rapport sur la march de la variole et sur les opérations de vaccine, dans le département de la Somme pend ant l'année 1884. — Gazz. méd. de Picardie, Amiens, 1885, III, p. 131.

**Hughes** C. H. The dry treatment of carbuncle. — Weekly M. Rev. Chicago. 1885, XI, p. 448.

**Hutchinson** J. Narrative of an instance of cure of lupus erythematosus. — Brit. M. S. London, 1885, I, p. 135.

**Hutchinson** J. On the conditions which precede keloid, and on some rare forms of that diseases. — Med. Tim & Gaz. London 1885, I., p. 671—674.

**Hutchinson** J. On natural groups of skin diseases. — A student's lecture Med. Tim. & Gaz. London, 1885, II, p. 35—39.

**Hyde** James Nevins. On the affections of the skin induced by temperature variations in cold weather. — Chicago, 1885, Clark & Longley 24 p. 8°. Reprim. from Chicago M. J. et Exam.

**Hyde** J. N. On the affections of the skin induced by temperature variations in cold weather. Chicago, M. S. & Exam. 1885, I, p. 187—210.

**Hyde** J. N. A clinical study of lupus erythematosus of the hand. — Tr. Am. Dermat. Ass. New-York, 1884, VIII, p. 5.

**Hyde** J. N. On the relations of lupus vulgaris to tuberculosis. — J. Cutan. & Ven. Dis. New-York, 1885, III, p. 324—335.

**Ihle** M. Beitrag zur Behandlung der Hautkrankheiten mit Resorcin. — Mon.-Heft f. prakt. Dermat. Hamb. 1885, IV, p. 421—433.

**Illinois.** State Board of Health. Vorschriften zur Verhütung von Epidemien. Nr. 3. Scharlachfieber. Springfield 1885, p. 9, 8°.

**Impaccianti** G. Di un caso di purpura vaiuolosa. — Gaz. med. di Roma, 1885, XI, p. 121—126.

**Impffrage** (Ger.) — Aerztl. Vereinsbl. für Deutschl., Leipzig, 1885, XII, pp. 179, 261, 291, 328.

**Jablonsky.** Coëxistance de l'érysipèle et de la variole sur un mêm sujet. — Gaz. hôp., Paris, 1885, LVIII, p. 1130.

**Jaccoud.** De la température et de l'albuminurie dans la scarlatina. — Gaz. d. hôp. Paris, 1885, LVIII, p. 418.

**Jaccoud.** De l'atténuation de l'érysipèle chez les gens obèses, les diabétiques, che ceux qui ont déjà en plusieurs attaques. — Pratic, Paris, 1885, VIII., p. 603—606.

**Jackson** G. T. Superfluous hair, the Russian dog-faced boy, and facial hirsuties in women. — Med. Rec. New-York, 1885, XXVII, p. 568—571.

**Jackson** G. T. Der gegenwärtige Stand der Dermatologie in den Vereinigten Staaten. — Monatsschr. f. prakt. Dermat., Hamb. 1885, IV, p. 181—184.

**Jakob.** Second attacks of scarlet fever. — Brit. M. J. Lond. 1885, I, p. 896.

**Jäger.** Ueber Impfung mit animaler Lymphe. — Med. Correspond.-Bl. der württemberg. ärztl. Ver. Stuttgart, 1885, LV, p. 201—205.

**Jamieson** A. Two cases of lichen planus. — Tr. Med.-Chir. Soc. Edinbg. 1884—85, n. s. IV, p. 204.

**Jarisch** A. Ueber dermatologische Heilmethoden. — Mitth. d. Wiener med. Doctorcolleg., 1885, XI, pp. 169, 182, 185, 200.



**Jogichess.** Pyaemia in erysipelas. — Russ. Med. Voskresensk, 1885, I, p. 385.

**Jones** C. H. Cases of prurigo. — (Hebra's) Med. Times & Gaz. London, 1885, I, p. 278.

**Josserand** Etienne. Contribution à l'Etude des contaminations vaccinales. Lyon, 1884, p. 68, 4°, Nr. 230.

**Joseph.** Beitrag zur Therapie der Leukoplakie. — D. med. Wochenschr. Berlin, 1885, XI, p. 738.

**Josias** A. Étude experimentale et clinique sur la naphtole, à propos du traitement de la gale. — Ann. de dermat. et syphil. Sar. 1885, 2. s. VI, p. 257—268.

**Judée.** Action de la pilocarpine et de l'atropine sur la production de la sueur. — Compt. rend. Soc. de biol., Paris, 1885, 8. s. II, p. 467.

**Juhl** V. Untersuchungen über das Absorptionsvermögen der menschlichen Haut für zerstäubte Flüssigkeiten. — Arb. aus d. med. klin. Institut d. k. Ludw. Maximil. Univ. zu München. Leipzig, 1884, I, p. 616—625.

**Joullie** P. Contribution à l'étude de l'érysipèle traumatique. Montpell. 1885, p. 65, 4°, Nr. 52.

**Kaposi** M. Ueber eine neue Form von Hautkrankheit, Lymphodermia perniciosa; zugleich ein Beitrag zur Pathologie der Leukämie. — Med. Jahrbücher, Wien, 1885, XV, p. 129—148.

**Kaposi** M. Naevus verucosus universalis. — Wien. med. Wochenschr. 1885, XXXV, p. 773.

**Kaposi** M. Xeroderma pigmentosum; idiopathisches multiples Pigmentsarcom d. Haut. — Wiener med. Wochenschr. 1885, XXXV, p. 1333—1338.

**Keegan** D. F. A case of pachydermatocele or dermatololisis, associated with fibroma molluscum. — Indian. m. Gaz. Calcutta, 1885, XX, p. 248.

**Kinnier** D. F. A case of pityriasis maculata et circinata. — J. Cutan. & Ven. Dis. New-York, 1885, III, p. 102—104.

**Kinnier** D. F. Xeroderma and Ichthyosis. — Archiv. Pediat. Philad. 1885, II, 344—352.

**Kirtikar** K. R. On treatment of carbuncle by incision. — Tr. M. & Phys. Soc. Bombay 1884, n. s. no. V, p. 28—40.

**Kisch.** Zur Pathologie der Lipomatosis univers. — Wiener med. Bl. 1885, VIII, p. 274—276.

**Klaatsch.** Ueber Rötheln. — Deutsche med. Wochenschr. Berlin, 1885, XI, p. 412.

**Klippel.** Érysipèle de la face et du cou, néphrite aiguë. — Ann. méd. Chir. franç. et étrang., Paris, 1885, I, p. 166.

**Knoche** J. T. A case of rupia syphilitica confined almost exclusively to one side of the body. — Kansas City M. Rec. 1885, II, p. 363—365.

**Köbner.** Pruritus cutaneus unilateral. nach Gehirnembolie. — Berl. klin. Wochenschr. 1885, XXII, p. 480.



**v. Kogerer.** Seltener Fall von Ichthyosis congenita mit Variola. — Anz. d. k. k. Ges. d. Aerzte in Wien, 1884—85, p. 203.

**v. Kogerer** T. Zur Entstehung der Hauthämorrhag. — Zeitschr. f. klin. Medicin. Berlin, 1885—86, X. p. 234—251, 1 pl.

**Köhler** P. Die besten Methoden animaler Vaccination. Würzburg, 1885, P. Scheiner. p. 26, 8°.

**Kopp** C. Ueber d. gegenwärtigen Stand d. Lehre von Resorptionsvermögen der Haut des Menschen. — Breslauer ärztl. Zeitschr. 1885, VII, p. 61—64.

**Kopp** C. Ueber die wissenschaftliche Grundlage der Lehre von den Ernährungsstörungen der Haut auf nervösem Wege (Trophoneurosen der Haut). — Aerztl. Int.-Bl. München, 1885, XXXII, p. 717—720. — Tagebl. d. Vers. d. Natforsch. und Aerzte. Strassburg, 1885, LVII, p. 289—292.

**Kornfeld.** Zur Impfung mit animaler Lymphe mit Bezug auf die Beschlüsse der „Commission zur Berathung der Impffrage". — Berl. klin. Wochenschrift 1885, XXII, p. 599.

**Kowalevsky** N. Beobachtungen über d. Blutcircul. in d. Haut. — Centralbl. f. d. medic. Wissensch. Berlin, 1885, XXIII, p. 307—310.

**Kramsztyk** Z. Treatment of eczema marginatum. — Gaz. lek Warszawa 1885, 2. s. V, p. 459.

**v. Kranz.** Versuche, den Ursprung einer Scharlachepidemie während des Jahres 1883 im l. hess. Inf.-Regim. Nr. 81 festzustellen. — Arch. f. Hygien. München u. Leipzig, 1884—85, II, p. 449—471.

**Kroell** H. Zur Aetiologie des Eczems. — Berl. klin. Wochenschr. 1885, XXII, p. 645—648.

**Kroenig** G. Ein Fall von Urticaria factitia. — Charité-Ann. 1883. Berlin 1885, X, p. 171—176.

**Laillier.** Instructions concernants les maladies contagieuses du cuir chevelu chez les enfants, à l'usage des parents, des instituteurs, institutrices et directrices d'écoles. — Ann. d'hyg. Paris, 1885, 3. s. XIV, p. 478—383.

**Lancereaux.** De la transmission de la variole au début de la période d'éruption de cette maladie. — Bull. Acad. de méd., Paris, 1885, 2. s. XIV, 1194—1199.

**Landré** C. Over de koepok. — Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. Amst. 1885. XXI, p. 403—407.

**Laramee.** De la rougeole. — Union méd. du Canada. Montréal, 1885, XIV. p. 145—148.

**Lardier** L. L'érysipèle en province. — Union med. Paris 1885. 3. s. XXXIX, p. 615—639.

**Lasch** E. Erysipelas im Desquamationsstadium des Scharlach. — Wiener med. Presse, 1885, XXVI, p. 1611.

**Laura** S. Guida igienica per bagni, ossia doveri dell' uomo verso la sua pelle. 4a ediz. considerevolmente accresciuta. Torino, 1885, Loescher, 16°.

**Layet.** Résultats de 6000 revaccinations dans les écoles de Bordeaux. — Rev. san. d. Bordeaux, 1884—85, II, p. 34.



**Layet.** La récente épidémie de variole à Bordeaux; comment elle s'est élaborée et comment elle a été combattue. — Rev. San. de Bordeaux 1884—85, II, p. 51—53.

**Leake** H. K. The treatment of carbuncle. — Gaillard's M. J. New-York, 1885, XL, p. 617—622.

**Le Guellant** Alb. Marie. Essai sur les phénomènes prurigineux quel'on rencontré à la période d'invasion de la scarlatine. Paris, 1885, p. 51, 4°, Nr. 337.

**Leloir** H. Ueber die Natur des Lupus vulgar. — Vrtljschr. f. Dermat. Wien, 1884, XI. p. 303—312.

**Leloir** H. Dermite professionelle speciale (Eczéma des fileurs et varouleurs de lin). — Annal. de dermat. et syph. Paris, 1885 2. s. VI, p. 129—132.

**Lemaistre** P. Variole et vaccine, leur action, leur force; contribution à l'étude de l'inoculation en France. — J. Soc. de méd. et pharm. de la Haut-Vienne, Limoges 1885, IX, p. 147—152.

**Lendon** A. A. Small-pox at Border Town, S. A. A. contribution to the history of the epidemic of small-pox in Australia during 1884. — Proc. South Austral. Branch. Brit. M. Ass. Adelaide, 1884—85, p. 119—127.

**Lesser** E. Zur Behandlung des Lupus mit Arsen. — Centralbl. f. medic. Wissensch. Berlin, 1885, XXIII, p. 97—99.

**Lesser** E. Ueber eine eigenthümliche Haarerkrankung, die man mit dem Namen der Ringelhaare oder des intermittirenden Ergrauens der Kopfhaare bezeichnet. Wiener med. Presse 1885, XXVI, p. 1328.

**Leuf** A. H. P. The treatment of scarlatina. — Arch. Pediatr. Philad., 1885, II, p. 603—615.

**Leviseur** F. Beitrag zur Kenntniss des Pemphigus. — Göttingen, 1884, Vandenhoeck & Ruprecht, 8°, 1 M. 40.

**Lewis** D. The treatment of erysipelas. — J. Cutan. & Ven. Dis. New-York, 1885, III, p. 258—259.

**Line** W. H. The scarlatinal sore throat. — Birninger M. Rev. 1885, XVII, p. 97—106.

**Lindén** K. E. Kliniska studier öfver rosen. — Skrift utg. af Finska Läk. sällsk. Helsingsfors, 1885, pl. 2, 18 pp. 1 chag.

**Lizarralde** D. Lan sangria en la erysipela. — Rev. méd. guir., Buenos Ayres, 1885—86, XXII, p. 100—104.

**Lombroso** Cesare. Lettere politiche e polemiche sulla pellagra in Italia. Roma, 1885, L. Perelli, p. 64, 8°.

**Longet** E. Études comparatives sur les revaccinations pratiqués en janvier, en février 1883 au moyen de vaccin animal, obtenu par la culture du horse-pox spontané sur une génisse, au moyen de vaccin de revaccinées et de virus vaccinal, recueilli sur une génisse inoculée avec du vaccin de revaccinées ou de rétrovaccinées. — Gaz. hebd. de méd. Paris, 1885, 2. s. XXII, pp. 661, 677.



**Longhi** G. Relazione sulle ricerche intrarprese intorno alla pellagra a cura dell' Academia fisio-medico-statistica. — Atti Acad. fis.-med.-statist. in Milano, 1884. 4. s. II, p. 65—68.

**Lorinser** F. W. Gegen den Impfzwang. — Wiener med. Wochenschr. 1885, XXXV, p. 1511—1513.

**Love** D. Case of chronic eczema traeted by vaccination. — Glasgow M. J. 1885, 4. s. XXIII, p. 210.

**Lozano** N. Consideraciones sobre la erisipela y su tratamiento. — Rev. argent. de cien. méd. Buenos Aires, 1884—85, II, p. 212—229.

**Lozano** N. Observaciones clinicas de erisipela en la casa de eislamiento. — Rev. argent. de cien. med. Buonos Aires, 1884—85, II, p. 214—229.

**Lübben** K. H. Mittheilungen über Impfung mit animaler Lymphe in einem ländl. Impfbezirke. — Nr. 2, Correspondenzbl. d. allg. ärztl. Verein. v. Thür. Weimar, 1885, XIV, p. 467—469.

**Luquet** L. G. Des cystes sébacés (Lyon). Cateau, Chinon, 1885, p. 129, 4°, Nr. 250.

**Macallum** A. B. The nerve terminations in the cutaneous epithelium of the tadpole. — Quart. J. Sci. Micr. London, 1885—86, n. s. XXVI, p. 53—70, 1 pl.

**Mackenrodt** Alvin. Untersuchungen über das Chloasma uterinum. Halle a. S., 1885, Waisenhaus, p. 42, 8°.

**Magelssen** A. Om Behandlingen af Sclerodermia faciei. — Norsk Mag. f. Laepevidensk., Christiania, 1885, XV, p. 425—431.

**Magrath.** Carbuncle of the face. — Brit. M. J., London, 1885, I, p. 1154.

**Maj** S. Sul tratamento del vajuolo. — Gazz. med. ital. lomb. Milano, 1885, 8. s. VII, p. 139—142.

**Malherbe** A. Note sur la structure des tumeurs dites tubercules sous-cutanés douloureux. — Gaz. méd. de Nantes, 1883—84, II, p. 179—183.

**Manassei** C. Di una malattia cutanea osservata in alcuni collegi, conoitti; ecc.; diagnosi; metodo curativo. Spallanzani, Modena, 1885, 2. s. XIV, p. 337—345.

**Mandelstamm** L. B. O patolog. histolog. izmen, koji pri skarlatine u dietei. — Med. Obozr. Moskau, 1885, XIV, p. 102—106.

**Mangelsdorf** Oscar. Ueber die elephantiasisartige Form des Lupus an den Extr. Greifswald, 1885, J. Abel. p. 28, 1 pl., 8°.

**Mannino** B. La resorsina e gli epiteliomi della pelle. Palermo, 1884, 8°.

**Mannino** L. e A. Urso Ortega. Storia clinica ed anatomico-patalogica di un facolajo sarcomatoso primitive della pette. Palermo, 1884, 8°.

**Mannino** L. Rendiconto sommario delle malattie osservate e curate nel dispensario civico dermosifilopatico dell' ospedale La Concezione di Palermo negli anni 1882—84, Palermo, 1885, Giannone e Lamantia, 8°.

**Mansurov** N. Baktsilli pri praznovidnoi eryteme (Erythema multiforme). Moskva, 1885, p. 12, 8°.



**Marcacci** G. Di una eresipela seguita da piaemia. — Giorn. internaz. d. sc. med. Napoli, 1885, 8. s. VII, p. 139—142.

**Marfan** A. De quelques caractères communs aux dermatoses de la jambe et des indications thérapeutiques qui en découlent. — Thérap. contemp. Paris, 1885, V, p. 609—611.

**Maritoux** E. Contribution à l'étude de la sclérodermie et particulièrement à l'histoire de sclérodermies en plaques, ou morphées. Paris, 1885, p. 62, 4°, Nr. 188.

**Marquet** Edgar. Essai sur la nature et symptomatologie de l'érythème polymorphe grave ou infectieux. Paris, 1885, p. 109, 8°, Nr. 171.

**Marsh** F. O. Unusual case of skin disease. — Med. News., Philad., 1885, XLVI, p. 387—389.

**Martin** S. C. The necessity of pure bovine virus. — Med. Rec., N. Y., 1885, XXVII, p. 420.

**Martin** S. C. The inoculation, propagation and preservation of the virus of animal vaccine; with a description of the appearances of kine pox., and demonstrations of the vaccine vesicle upon heifers. — Boston, M. & S. J., 1885, CXIII, p. 560—566.

**Mason** J. Value of antimony in the treatment of psoriasis. — Glasgow, M. J., 1885, (4) s. XXIV, p. 307.

**Mastermann** G. F. Carbuncle of the face. — Ibid., p. 1246.

**Mazitelli** P. Su d'un caso singolare di dermatite gommosa diffusa con riflessioni sui criterii diagnostici clinici et anatomo-patologici delle dermatopatie granulomatose.— Movimento, Napoli, 1885, XVI, p. 525—544, 3 pl.

**Mc Bride** C. E. Scarlet fever. — Med. Inden., Kansas City, 1885, VI, p. 385—388.

**Meurisse** B. Zona alternant avec des manifestations rhumatismales. — Journ. d. sc. méd., Lille, 1885, VII, p. 454—458.

**M'. Guire** J. C. Some popular errors in regard to skin diseases. — Louisville, M. News, 1885, XX, p. 177.

**Mibelli** V. Un caso di cianidrosi. — Boll. d. Soc. tra. i. cult. d. sc. med. in Siena, 1885, III, p. 280—284.

**Michell** Ch. L. Fined adhaesive dressings in the treatment of skin diseases. Philad., 1885, p. 12, 12°.

**Michelson** P. Zum Capitel der Hypertrichosis. — Arch. f. path. Anat. etc. Berlin, 1885, c. p. 66—80, 1 pl.

**Michelson** P. Zweite und letzte Bemerk. zu den Arbeiten des Herrn von Sehlen über die Aetiologie der Alopecia areata (Area Celsi). — Arch. f. path. Anat. etc. Berlin, 1885, c. p. 5776—578.

**Michelson** P. Die Elektrolyse als Mittel zu radicaler Beseitigung an abnormer Stelle gewachsener Haare. — Berl. klin. Wochenschr., 1885, XXII, pp. 674, 694.



**Middleton** F. Un caso de sifilis vaccinal, perfectamente comprobada y trasmitida alama. — Bol. de med. Santiago, 1884—85, 1. p. 383—385.

**Milton** J. L. Case of traumatic lupus. — Tr. Willau. Soc. Lond., (1883—84.) 1885, I, p. 55.

**Möller** M. Ueber Radicalepilation mittelst galvan. Stromes. — Wiener med. Presse, 1885, XXVI, p. 1415—1418.

**Monteverdi** A. La risipola è sempre contagiosa? — Bull. d. Comit. med. cremonese. Cremona, 1885, V, pp. 79, 109.

**Moore** C. F. Molluscum fibrosum seu simplex. — Brit. M. J., Lond., 1885, II, p. 739.

**Moore** T. J. Scarlet fever; subject for general discussion. — Tr. M. Soc. Virg. Richmond, 1885, XVI, p. 52—100.

**Morison** R. B. Elephantiasis of the fore arm. — J. Cutan & Ven. dis. N. Y., 1885, III, p. 199. — Erythema urticans. — Ibid. p. 201.

**Morison** R. B. A new comedo extractor. — Med. News. Philad., 1885, XLVII, p. 474.

**Mystle** A. S. Base of sweatning to death. — Med. Press et Circul. London, 1885, n. S. XXXIX, p. 164.

**Napier** A. The oleates. — Glasgow M. J., 1885, (4°) s. XXIII, p. 246—255.

**Napier** A. Lupus vulgaris, jege sevrem. terapya. — Russ. M. Voskresensk. 1885, I, p. 279—281.

**Negretto** A. Contribuzione alla terapia dell' onichia. — Gaz. med. ital. lomb. Milano, 1885, 8. s. VII, p. 283—288.

**Nepveu** G. Des bacteries dans l'érysipèle. Paris, 1885. P. Larousal et Cie., p. 8, 8°.

**Neukirch** Josef. Ueber Lupus an der Hand. Berlin, 1885. G. Schade, p. 29, 8°.

**Neumann** I. Atlas d. Hautkr. 72 Tafeln in Chromolith., ausgef. v. J. Heitzmann u. A. 3. Lfg. Wien, 1885. Braumüller, 8°, à 10 M.

**Nieden** S. A. Zwei Fälle von spontaner Heilung von Affect. des Uvealtractus nach Ueberstehen eines Gesichtserysipels. — Centralbl. f. praktische Augenheilkunde. Leipzig, 1885, IX, p. 80—84.

**Nolli** G. La discussione sulla vaccinazione animale, fatta presso lar. Accademia di medicina di Torino nel 1871. Milano, 1885, 8°.

**Ohmann-Dumesnil** A. H. The relations of skin diseases to marriage. — J. Cutan. & Ven. Dis. N. Y., 1885, III, p. 129—133. — St. Louis M. & S. J., 1885, XLVIII, p. 372—376.

**Osborn** T. C. A case of lupus exedens, or epithelioma of the face. — Daniel's Texas M. J. Austin, 1885, I, p. 109—116.

**Oser.** Ueber den Werth der verschied. Impfstoffgattungen aus dem staatlich subventionirten Hay'schen Kuhpocken-Impfinstitute in Wien. — Oesterr. ärztl. Vereinszeitung, Wien, 1885, IX, pp. 198, 225.

**Page** H. W. A note and a question on so called surgical scarlet fever. — Lancet. London, 1885, I, p. 887.



**Paget** C. E. Notes on the death-rate from small-pox in the city of Chester in 1774. — Tr. Epidemiologie Soc. Lond., 1883—84, n. s. III, p. 151—165.

**Palardy** M. J. Vaccination et revaccination procès de la vaccine. — Union méc. du Canada. Montreal, 1885, XIV, p. 540—544.

**Papillaud** Val. Étude sur l'érysipêle de la face et ses indications thérapeutiques. Montpellier, 1884. p. 59, 4°, Nr. 60.

**Parent** Fernand. Contribution à l'étude de la mort dans le variole. Paris, 1885, p. 60, 4°, Nr. 248.

**Pari** A. Sviluppi sul processo pellagro. — Gaz. d. med. pubb. Napoli, 1885, XVI, p. 33—39.

**Parker** W. T. Note concerning bovine virus. — Virginia M. Mouth. Richmond, 1884—85, XI, p. 663.

**Parker** W. T. Bors glyceride. — Virginia M. Month. Richmond, 1885—86, XII, p. 257—260.

**Parrot** T. G. Fatal case of pemphigus. — Brit. M. J. London, 1885, II, p. 1017.

**Pavlovsky** A. D. Microorganism. in erysipelas. — Russk. Med. St. Petersb., 1885, III, pp. 751, 761, 791, 811.

**Payne** J. F. Lupus erythematosus. — St. Thom. Hosp. Rep. 1883. Lond., 1884, n. s. XIII, p. 330—333. — Macular atrophy. Ibid. p. 335. — Pemphigus; tree cases. Ibid. 315. — Psoriasis. Ibid. p. 311—315. Report of the department for diseases of the skin. 1883. Ibid. p. 299—340. — Xanthelasma multiplex. Ibid. p. 338—340.

**Payne** J. F. A Lecture on the treatment of ringworm. Brit. M. J. London, 1885, XXXIII, p. I, 1031—1034.

**Pearson** D. R. Remarks on the tendency towards symmetrical complections in herpes zoster, explaining the gravity of the nature of the completed lesion. — Brit. M. J., London, 1885, II, p. 240.

**Penna** J. Consideracion nes sobre la erisipela y su tratamiento. Ibid. p. 55—66.

**Penna** J. Una notable epidemia de serampion. — Rev. argent. de cien. méd. Buenos Aires, 1884—85, II, p. 21—31.

**Penna** J. Contribucion al extudio de la viruela hemorrhagica y su tratamiento por la essencia de trementina. — Rev. argent. de cien. méd. Buenos Aires, 1884—85, II, pp. 115, 155.

**Perrenot.** Érithème polymorph; intermittences cardiaques rhumatismales. — Loire méd. St. Étienne, 1885, IV, p. 93—98.

**Perret.** De l'érythème scarlatiniforme récidivant. — Lyon. méd., 1885, XLIX, pp. 389, 427, 459.

**Perroncito** E. Il carbonchio, mezzi preventivi e curativi. Torino, 1885, 16°, L. 3'.

**Pestonji** D. B. On a case of neuropathic plica. — Lancet. London, 1885, II, p. 431.





**Petitjeau.** Contribution à l'étude de l'érysipèle. Paris, 1885. p. 43. 4°, Nr. 15.

**Petrov** N. N. Inoculation of small pox. — Vrach. St. Petersb., 1885, VII, pp. 132, 148.

**Pettier** Leon. Contribution à l'étude de l'éléphantiasis des Arabes. Paris, 1885, p. 60, 1 pl., 4°, Nr. 10.

**Pfeiffer** L. Ueber Sprosspilze in der Kälberlymphe. — Corr. Bl. d. allg. ärztl. Vere. in Thüringen. Weimar, 1885, IV, p. 86—97.

**Piffard** H. G. Bromide of arsenic in acne. — J. Cutan. & Ven. Dis. N. Y., 1885, III, p. 323.

**Pinto** Numa. Étude sur l'herpès génital chez l'homme et chez la femme. Paris, 1885, p. 54, 4°, Nr. 271.

**Plagge** Theoderich. Ueber Nephritis bei Masern. Darmstadt, 1885, CW. Leska. 52 p. 8°.

**Poensgen** A. Weitere Mittheilungen über Xanthelasma multiplex. — Arch. f. pathol. Anat. etc. Berlin, 1885, CVI, p. 410.

**Poincaré.** Rapport sur le service départemental de l'assistance médicale et de la vaccine de Meurthe- et Moselle pendant l'exercice 1884. Nancy, 1885, Berger, Levrault & Ce., 8°.

**Politakes** A. *Φϱλεϱμονᾶδεϱ ἐϱυσίπελυϱ; ὀξεῖα βϱιχθεῖα νόσοϱ; ἀφϱαιμία, ἴασιϱ. Γαληνόϱ, ʿΑδῆναε* 1885. *ΙΓ'*, p. 369—372.

**Pontoppidan** É. Beretning fra Kommunehospitalets Poliklinik for Hydsygdomme ok Venerisce Sygdamme for Treaaret d. 1ste Marts 1882 til d. 1ste Marts 1885. — Hosp. Tid. Kjobenhag., 1885, 3. R., III, p. 297—309. Krysarobin Trammaticin mod Psoriasis. — Upesk f. Laeger. Kjobenhag, 1885, 4. B., XI, p. 319—322.

**Pontoppidan** E. Hudsygdommene ok de veneriske Sygdome. Kjobenhavn, 1885, P. G. Philippsen, 8°, 2 Kr. 50 Ore.

**Pospelow** A. Cas rare d'une distrophie de la peau. — Ann. de dermat. et syphil. Paris, 1885, 2. s. VI, p. 77—89, 1 pl. — Case rare d'une distrophie de la peau. — Ann. de dermat. et syphil. Paris, 1885, 2. s. VI, p. 133—147.

**Pospelow** A. J. Zur Charakteristik des Lichen ruber planus der äusseren Haut und der Schleimhäute. — Vierteljahresschrift für Dermatol. und Syph. Wien, 1885, n. F. XII, p. 533—549.

**Potain.** Un nouveau cas de purpura simplex. — Gaz. des hôp. Paris, 1885, LVIII, p. 986.

**Pringle** R. Ancient and modern methods of treating small-pox epidemies in India. — J. Soc. Arts. London, 1885, XXXIII, p. 737—746.

**Pringle** R. Small-pox risks and revaccination. — Lancet. London, 1885, I, p. 1014.

**Protze** H. Ein Beitrag zu dem Erfolge flüssiger animaler Vaccine. — Deutsche med. Wochenschr. Berlin, 1885, XI, p. 257.





**Prus** J. O komorkach zwojowych wykrytych v skorze. — Przegl. lek. Kraków, 1883, XXIV, p. 277.

**Puy-le-Blanc.** Du traitement hydro-minéral de l'eczema sécrétant à son début. Paris, 1885, 8°. (Repr. from Ann. Soc. d'hydrol. méd. de Paris.)

**Radcliffe** S. J. Rötheln. — Philad. M. Times, 1884—85, XV, p. 636.

**Rampoldi** R. La pellagra e il mal d'occhi. Pavia, 1885, 8°.

**Ranke** H. Impfresultate mit animaler Lymphe. — Aerztl. Int.-Bl. München, 1885, XXXII, p. 359.

**Rasori** E. e S. Marino Zuco. Ipercromia verruc. malign. — Gazz. d'ospit. Milano, 1885, VI, p. 371, 379, 387.

**Rattone** G. Contributo alla storia dell' ipertricosi. — Gior. d. r. Acad. di med. di Torino, 1885, 3. s. XXXIII, p. 534—536.

**Razumov** V. Erythema exsudativum multiforme i erythema nodosum. — Med. Obozr. Mosk., 1885, XXIII, p. 934—941.

**Reade** Ch. Saint John's Hospital for diseases of the skin. London. London, 1885, p. 19, 24°.

**Reclus** P. Molluscums fibreux et syphilomes de la région ano-rectale. Paris, 1885, Davy, 8°.

**Reed** R. H. Vitiligo. — Cincin. Lancet and Clinic, 1885, n. s. XIV, p. 709—712.

**Reed** C. R. Compulsory Vaccination. — San. Monitor. Richmond, 1885, I, p. 1—3.

**Reimer.** Zur Therapie der Variola mit Natrum Salicyl. — St. Petersb. med. Wochenschr., 1885, n. F. II, p. 155—157.

**Relatorio** do instituto vaccinico Campos & Bourquin, concernentes aos annos decimo quinto e decimo sento (1880—84). — J. Soc. d. sc. med. de Lisb., 1884, XLVIII, p. 342—358.

**Relazione** della Commissione all deputazione provincial circa gli studi e le proposte di provvedimente contro la pellagra. Bergamo, 1885, tin fratelli Bolis, p. 97, Fol.

**Reynolds** H. J. Lupus erythematosus. — Peoria M. Month., 1884—85, V, p. 605—609.

**Reynolds** H. J. Ringworm of the scalp. — J. Am. M. Ass., Chicago, 1885, IV., p. 365.

**Reynolds** H. J. Treatment of eczema. — Chicago M. J. & Exam., 1885, L, p. 492—499.

**Rheiner** G. Beiträge zur pathol. Anatomie des Erysipelas bei Gelegenheit der Typhusepidemie in Zürich 1884. — Arch. f. pathol. Anat. etc. Berlin, 1885, c. p. 185—216, 1 pl.

**Rialau** C. Rougeole chinoise. — Arch. de méd. nav. Paris, 1885, XLIV, p. 429—447.

**Ricketts** B. M. Lupus vulgaris of the face, treated by scarification. — Columbus, M. J. 1884—85, III, p. 502.

**Ricketts** B. M. A case of lichen scrofulos. — Cincin. Lancet & Clinic. 1885, n. s. XV, p. 427.





**Riedl** J. Ein Fall von plötzlicher beiderseitiger Erblindung durch Variola. — Wien. med. Presse, 1885, XXVI, p. 336.

**Riehl.** Ueber eine neue Form der Hauttuberculose. — Wien. med. Presse. 1885, XXVI, p. 1394.

**Ripley** J. H. Case of bullous eruption in a child. — J. Cutan. & Ven. Dis. New-York, 1885, III, p. 321, 1 pl.

**Ripley** J. H. Erysipelas following incisions in the skin for the relief of anasarca; chronic pericarditis; chronic valvular diseases of the heart; physical signs. — Med. Rec. New-York, 1885, XXVII, p. 274—276.

**Roberts** D. J. Rötheln. — German measles. South. Pract. Nashville, 1885. VII, p. 302—406.

**Roberts** J. Oleum declinae in skin diseases. Practitioner. London, 1885. XXXIV, p. 401—409.

**Robin** C. et **Retterer.** Peau. — Dict. encycl. d. sc. méd. Paris, 1885, 2. s. XXII, p. 1—188.

**Robinson** T. On the eczematous diathesis. — Med. Times & Gaz. London. 1885, II, p. 280—282.

**Robinson** T. Alopecia areata. — Tr. Willan Soc. London (1883—84), 1885, I, p. 18—22.

**Rochard** J. L'organisation du service de la vaccine en France. — Rev. d'hyg. Paris, 1885, VII, p. 697—700.

**Rohé** G. H. Practical notes on the treatment of skin diseases. — Balt.. 1885, Thomas & Evans, p. 60, 16°.

**Rohé** G. H. Experience with electrolysis in dermatological practice. — Philad. M. Times, 1884—85, XV, p. 832—835.

**Romiti** G. Sulla cura della erisipella traumatica epidemica colla vaselina borica. — Bol. de soc. tra i cult. de sc. med. in Siena, 1884, II, p. 274.

**Róna** S. Adatok a buja és börbetegségek tanához. — Orvosi hetil. Budapest. 1885, XXIX, pp. 224, 250, 310, 343.

**Roock** C. W. Jaborandi in erysipelas. — Med. and urgic. Rep. Philad., 1885, LIII, p. 431.

**Rosenbaum** Georg. Beiträge zur Casuistik, Aetiologie und therapeutische Verwendung des Erysipelas. (Greifswald) Perleberg, 1885, F. Jacobson. p. 31, 8°.

**Rossbach** M. J. Ein merkwürdiger Fall von greisenhafter Veränderung der allgemeinen Körperdecke bei einem 18jährigen Jüngling. — Deutsches Archiv f. clin. Med. Leipzig, 1884—85, XXXVI, p. 197—203, 2 pl.

**Rowling** C. E. Vaccinia and variola in the same patient and at the same time. — Australas. M. Gaz. Sydney, 1884—85, IV, p. 114.

**Rus-Cabello.** Del agente especifico de la vacuna. — Gac. méd. de Granada, 1885, IV, p. 289—296.

**Rus-Cabello** J. Del agente especifico de la vacuna. — Gac. méd. de Granada, 1885, IV, p. 289—296.



**Sacreste.** Note sur le traitement de l'éczéma et des ulcères variqueux par la compression au moyen de bandes de caoutchouc. — Bull. méd. du nord. Lille, 1885, XXIV, p. 266—277, rap. de Lober, p. 262—266.

**Saint-Philippe** R. De l'emploi du salicylate de soude dans le traitement de la variole confluente. — J. de méd. de Bordeaux, 1885—86, XV, p. 13 bis 16.

**Saint-Philipp.** Sur l'hygiène nosocomiale à propos des varioleux. — Mem. et bull. Soc. de méd. et chir. de Bordeaux (1884) 1885, p. 137—140.

**Salvioli** G. Psoriasi inveterata generale; glomerulonephrite. — Salute: Ital. med. Genova, 1885, XIX, p. 159—172.

**Sangalli** C. Singulari produzioni cornee del corpo umano. — Mem. r. Ist. Lomb. disc. e lett. Cl. disc. matemat. et natural. Milano, 1884, 3. s. VI, p. 155—165, 1. pl.

**Sanz.** Un caso de erisipela tifíca con una rara complicacion. — Génio, med.-quir. Madrid, 1885, XXXI, p. 172.

**Saundby** R. The symmetrical distribution of herpes Zoster. — Brit. M. J. London, 1885, II, p. 785.

**Schadeck** C. Ein Fall ausgedehnter Acne vulgaris, complicirt durch entzündliche Papillome. — St. Petersb. med. Wochenschr. 1885, n. F. II, p. 419. — Ein Fall von Leucoderma syphiliticum. — Ibid. p. 357—360. — Ein Fall von Lichen planus chronicus trunci et extremitatum. — Ibid. p. 395.

**Schalek** K. O pigment sifilis. (Leucoderma syphiliticum). — Med. Obozr. Mosk., 1885, XXII, p. 874—892.

**Schenck.** Zur Conservirung der animalen Lymphe. — Berl. klin. Wochenschrift, 1885, XXII, p. 267—269.

**Schepotev** N. Deaths from small-pox among the Christian population of Astrachan. — Dnevnik Obsch. vrach. g. Kazani, 1885, IX, pp. 161, 177.

**Schott** Theodor. Die Hautresorption und ihre Bedeutung für die Physiologie der Badewirkungen. Berlin, 1885, E. Grosser, p. 16, 8°.

**Schultheess** W. Klinische Beobachtungen über Alopoecia areata (Hebra). — Corr.-Bl. f. Schweiz. Aerzte. Basel, 1885, XV, p. 490—494.

**Schultz** H. Haut, Haar und Nägel. Ihre Pflege, ihre Krankheiten und deren Heilung. Nebst einem Anhang über Kosmetik. 3. Aufl., Leipzig, 1885. Weber, 8°, 2. M.

**Schuster.** Zur Casuistik u. Behandlung des Pemphigus syphiliticus der Erwachsenen. — Vierteljahrschr. für Dermat. Wien, 1885, n. F. XII, p. 281—285.

**Schütz** J. Ueber Lupus carcinom. — Monatsschr. f. prakt. Dermat. Hamb., 1885, IV, p. 74—81.

**Schwechten** E. Scarlatina. Berlin, 1885, E. Grosser, 12. p. 8°. (Repr. from: Deutsche med. Ztg.)

**Scott** P. B. Cases of scarlett fever. — Louisville M. News, 1885, XIX, p. 197—199.

**v. Sehlen.** Erwiderung auf die Bemerkungen des Herrn D. Michelson zu meiner Mittheilung über die Aetiologie der Alopoecia areata. — Archiv f. pathol. Anat. etc. Berlin, 1885, c., p. 361—364.

**v. Sehlen.** Zur Aetiologie der Alopoecia areata. — Aerztl. Int.-Bl., München, 1885, XXXII, p. 315—318.

**Semchenko** D. G. Pustullar small pox. — Vrach. St. Petersburg, 1885. VI, p. 68—70.

**Semple** A. Case of obstinate pemphigus. — Med. Press & Circ. London, 1885, n. s. XL, p. 231.

**Senut** J. Observation de vésico-pustule dévelopée sur le bord ciliaire de la paupière inférieur gauche et de kératite ulcéreuse, suite d'inoculation accidentelle du vaccin. — Arch. de méd. et pharm. mil. Paris, 1885, VI, p. 324—328.

**Service** J. Some notes on the recent small pox cases from Sidney, and on the vaccinated condition of the quarantined. — Australas. M. Gaz., Sidney, 1884—85, IV, p. 240—243.

**Shanjavsky** S. Temperature in erysipelas. — Protok, zasaid. Kavkazsk. med. Obsb. Tiflis, 1885, XXII, p. 103—106, 1 ch.

**Shattuck** F. C. Multiple sarcoma of the skin; treatment by hypodermic injections of Fowler's solution; recovery. — Boston M. & S. J., 1885, CXII, p. 618.

**Sherwell** S. A suggestion respecting the treatment of acne rosacea in the male subject. — Tr. Ann. Dermat. Ass. New-York, 1884, VIII, p. 6.

**Sherwell** S. Remarks on a moot point in the etiologie of psoriasis. — J. Cutan. & Ven. New-York, Dis. 1885, III, 293—297; disc., p. 310.

**Shoemaker** J. V. Hydrastis and hydrastine hydrochlorate in diseases of the skin. — Med. Bull. Philad., 1885, VII. p. 154.

**Shoemaker** J. Le jéquirity dans les maladies de la peau. (Transl. from: Lancet, by Spaak.) — J. de méd., chir. et pharmac. Brux., 1885, LXXX, p. 378—385.

**Sierra y Carbo** A. Apuntes de vacunología. — Siplo méd. Madrid, 1885, XXXII, pp. 625, 639, 765, 800.

**Siroto.** Note sur un cas d'urticaria hémorrhagica essentielle chez un enfant de 32 mois. — Rev. mens. d. mal. de l'enfant. Paris, 1885, III, p. 218—221.

**Small-pox.** Outbreaks, 1883—85, Rep. Bd. Health Jowa, Des Moines, 1885, III, p. 123—150.

**Smith** Alder. Ringworm, its diagnosis and treatment. ew ed. revised and in part rewritten. London, 1885, H. K. Lewis, p. 244. 5 pl., 12°.

**Smith** G. The romoval of superflurous hairs by electrolysis. — Birmingh. M. Rev., 1885, XVIII, p. 272—274.

**Smith** W. G. On lupus and its treatment. — Tr. Acad. M. Ireland. Dubl., 1885, III, p. 1—14.



**Sneden** W. C. Does vaccination mitigate variola when performed after exposure? — New-York M. J. 1885, XLI, p. 614.

**Somma** G. Algunas consideraciones prácticas sobre l. vaccination. — Arch. d. med. y, ciruug, de l. muos. Madrid, 1885, I, p. 153—158.

**Sommer** W. Ein neuer Fall von Hypertrichosis circumscripta. — Arch. f. path. Anat. etc. Berlin, 1885, CII, p. 407—409.

**Sorel** F. De la fièvre dans l'érysipèle et de l'unicité des variétés médicale et chirurgicale. — Gaz. hebd. de méd. Paris, 1885, 2. s. XXII, p. 219 bis 222.

**Spender** J. K. A case of multiple xanthoma. — Brit. M. J. London, 1885, 1, p. 482.

**Spender** J. K. On the use of antimonial wine for certain diseases of the skin; with notes on its administration in comparatively small and frequent doses: Practitioner. London, 1885, XXXIV, p. 161—171.

**Spiess** A. Uebersicht der im Jahre 1884 im Stadtkreis Frankfurt a. M. vollzogenen Impfungen. — Jahresber. über d. Verw. d. Med. Wes. d. Krankenanst. d. St. Frankfurt.

**Spillmann** P. Contribution à l'histoire da la fièvre exanthématique bulleuse. — Annal. de dermat. et syph. Paris, 1885. 2. s., VI, p. 471—474.

**Squire** Balmanno. A manual of the diseases of the skin. 2 d smaller ed. London, 1885, J. A. Churchill, p. 208. 16°.

**Startin** James. A lecture on healthy skin; delivered before the members of the Balloon Society of Great Britain at the Royal Aquarium. London, 1885. Harrison & Sons, p. 24, 8°.

**Startin** J. Congenital syphilodermata; hereditary syphilitic eruptions of the skin in early life. — Tr. Willan. Soc. London, 1885, I, p. 23—32. — The etiology and treatment of psoriasis and lepra, with remarks as to the efficacy of chrysophanic acid in its treatment. — Ibid. p. 58—64. — The treatment of ringworm by oleate of copper. — Ibid. p. 92—99.

**Startin** J. Notes on a classification of eruptions of the skin after Willan. — Med. Press & Circ., London, 1885, n. s. XL, p. 93—95.

**Stein** Oscar. Die Therapie des Lupus vulg. Würzb., 1885, p. 58. 8°.

**Stelwagon** H. W. A case of vitiligo involving the whole surface. — Am. J. M. Sc., Philad., 1885, n. s. XC, p. 168—170.

**Stelwagon** H. W. Jodide of potassium in eczema. — Med. News. Philad., 1885, XLVI, p. 400.

**Stelwagon** H. W. Observations on the oleates. — Am. J. M. Philad., 1885, n. s. XC, p. 443—446.

**Stewart** J. S. A note on the treatment of bromidrosis of the feet. Edinb. M. J., 1884—85, XXX, p. 794.

**Stickler** J. W. Equine scarlatinated virus as a prophylactic against human scarlatina. Med. Rec. New-York, 1885, XXVII, p. 696.

**Stocker** S M. The opposition to vaccination. — North west. Lancet. St. Paul, 1885—86, V, p. 81—85.



**Strübing** P. Herpes Zoster und Lähmungen motor. Nerven. — Deut. Arch. f. klin. Med. Leipzig, 1885, XXXVII, p. 513—526.
**Studart** G. Observaçao de duos casos de carbunculo. — Uniao Med. Rio de Jan., 1884, IV, p. 522—555.
**Suchard** E. Note sur les lésions histologiques de l'ongle incarné ou onyxis latéral. — Progrès méd. Paris, 1885, 2. s. II, p. 202.
**Sweeting** R. D. R. On the revaccination of school children. — Tr. Epidemiol. Soc. London, 1883—84, n. s. III, p. 146—150.
**Symonds** C. A fatal case of anthrax. — Brit. M. J. London, 1885, I, p. 837.
**Szadek** K. Leucoderma syphiliticum. — Gaz. lek., Warszawa, 1885. 2. s. V, pp. 1021, 1041.
**Szaniawski** S. Przebieg ciepoty u chorych na roze. (Changes of temperature in erysipelas). — Gaz. lek. Warszawa, 1885, v., p. 375—377.
**Tamayo** D. Introduccion de la vacuna en la Isla de Cuba. Crón. méd. quir. de la Habana, 1885, XI, 99—102.
**Taylor** H. L. Some practical experience in the use of the oleates, with cases. — Tr. Tenas M. Ass. Austin, 1885, XVII, p. 155—165.
**Taylor** R. W. On the pigmentary syphilide. — J. Cutan. & Ven. Dis. New-York, 1885, III, p. 97—100. 1 pl.
**Teincira d'Assumpcao** R. De Puepura rhumatismal. Paris, 1885, p. 132, 4°. Nr. 343.
**Thiebierge** G. Des lésions de la muqueuse buccale dans le lichen plan. — Ann. de dermat. et syph. Paris, 1885, 2. s. VI, p. 65—76.
**Thiebierge** G. Des relations des dermatoses avec les affections des reins et l'albuminurie. — Annales de dermat. et syph. Paris, 1885, 2. s. VI, p. 424—441.
**Thin** G. Alopecia areata und Bacterium decalvans, mit besonderer Berücksichtigung der Untersuchungen von Dr. v. Sehlen. Monatschr. f. prakt. Dermat. Hamb., 1885, IV, p. 241—244.
**Thin** G. On certain new methods in the treatment of diseases of the skin: lupus, pyrogallic acid; croton oil treatment of ringworm; lichen ruber. — Brit. M. J. London, 1885, I, p. 423—425.
**Thin** G. The bullae of Pemphigus. — Lancet. London, 1885, I, p. 981.
**Thiry.** Dermatite érythémateuse exfoliatrice généralisée, maladie d'E. Wilson.
**Thiry.** Psoriasis circiné, phlegmon rétro-laryngien et érysipèle de la face consécutiv. — Presse méd. belg. Brux., 1885, XXXVII, pp. 329, 337.
— Bull. Acad. roy. de méd. de Belg., Brux., 1885, 3. s. XIX, p. 143—268.
**Thomson** R. S. Scarlatinal albuminuria and the „prealbuminuric stage"; studied by frequent testing. — Brit. M. J. London., 1885, II, p. 915.
**Tilden** G. H. So-called Mycosis fungoïde. — Boston M. & S. J., 1885. CXIII, p. 386—392.
**Tilden** G. H. The pathogenesis of certain affections of the skin. — Boston M. & S. J., 1885, CXIII, p. 73—76.



**Tilden** G. H. The pathogenesis of certain affections of the skin. Med. Communicat. Mass. M. Soc. Boston, 1885, XIII, p. 385—397.

**Tilden.** Mycosis fungoïde. — J. Cutan. & Ven. Dis. N. Y., 1885, III, p. 335—338.

**Titeca.** Étude sur la pratique de la vaccine, ce qu' elle devrait être. Paris, 1885, G. Carré p. 78, 8°.

**Toporov** A. S. Spontaneous emphysema of subcutaneuns cellnlar tissue. — Russk. med. St. Petersb., 1885, III, p. 638—640.

**Topov** A. To voprossu ob is kusst. Krapio. (Urticaria factitia). — Ibid. p. 657.

**Touton** K. Ueber das Xanthom, insbesondere dessen Histologie und Histiogenese. Vierteljahrschr. f. Dermat. Wien, 1885, n. F. XII, p. 3—35. 2 pl.

**Treves.** On a case of congenital deformity. — Lancet. London, 1885, I, p. 519.

**Tripe** J. W. On small-pox hospitals. — Tr. Soc. M. Off. Health. London, 1884—85, p. 81—93.

**Tura** M. J. Po povodu sifilitik. rupii. — Ibid. p. 712—714.

**Turnbull** L. Oleate of cocaine. — Med. Bull. Philad., 1885, VII, p. 202—205.

**Uffelmann** J. Das belgische Landesimpfinstitut und die von demselben befolgte Methode der Gewinnung, Conservirung und Versendung der animalen Lymphe. — Berlin, klin. Wochenschr., 1885, XXII, p. 367.

**Unna** P. G. Die Nervenend. in d. menschl. Haut. Hamb., 1885, 8 p. 8°.

**Unna** P. G. Die neueren Fortschritte in der Therapie der Hautkrankheiten. Leipzig, 1885, 4 l. fol.

**Unna** P. G. Ueber das Pigment der menschlichen Haut. — Monatschr. f. prakt. Dermat. Hamb., 1885, IV, p. 277—294.

**Unna** P. G. Ueber medicinische Seifen. Samml. klin. Vorträge. Leipzig, 1885, Nr. 252.

**Vacher** F. Notes on the small-pox epidemie at Birkenhead, in 1884. — Health J., Manchester, 1885—86, III, p. 101—103.

**Valentin** A. Ueber hereditäre Dermatitis bullosa und hereditäres acutes Oedem. — Berlin, klin. Wochenschr. 1885, p. 150.

**Vandewort** F. C. Case of ichthyosis. — Psoria Med. Month, 1885—86, VI, p. 197.

**Van Harlingen** A. Experiments in the use of pastes in the treatment of skin diseases. — Polyclinic, Philad., 1885—86. III, p. 16—18.

**Védrènes.** Sur la nature microbienne de l'érysipèle. — Bull. et mém. Soc. de chir. de Paris, 1885, n. s. XI, p. 718.

**Venanzio** F. L'antipirina nella febbre scarlattinosa. — Gaz. med. di Torino, 1885. XXXVI, p. 481—483.

**Vérité** A. Edème chronique des paupières consécutif à un éczéma de la lèvre supérieure et de fosses nasales. Paris, 1885, Guillois, 8°.

**Verneuil.** Anthrax de la lèvre supérieure et néphrite aiguë. — Gaz. des hôp. Paris, 1885, LVIII, p. 453.



**Verneuil** A. Des éruptions cutanées chirurgicales. — Ann. de dermat. et syph. Paris, 1885, 2. s. VI, p. 575—598.

**Verneuil.** Essai sur la pathogénie des érysipèles à répétition. — Bull. et mém. Soc. de chir. de Paris, 1885, n. s. XI, disc. pp. 655, 681.

**Verneuil.** L'érysipèle et la méthode antiseptique. — Bull. Acad. de méd. Paris, 1885, 2. s. XIV, p. 231—267. Also: Bull. gén. de thérap. etc. Paris, 1885, CVIII, p. 145—167.

**Verneuil.** L'érysipèle et la méthode antiseptique. — Bull. Acad. de méd. Paris, 1885, 2. s. XIV, pp. 437, 480. — De l'érysipèle en province. — Union méd. Paris, 1885, 3. s. XXXIX, p. 469—471.

**Verneuil.** Relation de deux épidémies d'érysipèle observées à la clinique chirurgical de l'hôpital de la Pitié en janvier, février et mars 1885. — Rev. de chir. Paris, 1885, V, p. 529—548.

**Vidal** E. C. A case of erythema nodosum, complicated with syphilis. — J. Cutan. & Ven. Dis. New-York, 1885, III, p. 68—70.

**Vigot** A. Consistence de l'érysipèle de la scarlatine. — Gaz. des hôp., Paris, 1885, LVIII, p. 1099.

**Vinke** H. H. Anthrax and its treatment by iodoform. — St. Louis. Cour. med. 1885, XIII, p. 123—127.

**Voigt** L. Beitrag zur Abschaffung der humanisirten und zur alleinigen Verwendung der animalen Impflymphe. — Deutsche med. Wochenschr. Berlin, 1885, XI, p. 183—185.

**Voigt** L. Untersuchungen über die Wirkung der Vaccinemikrokokken. — Deutsche med. Wochenschr. Berlin, 1885, XI, p. 895—897.

**Waggoner** D. The communicability of scarlet fever through a third healthy person. — Med. Rec. New-York, 1885, XXVII, p. 541.

**Waller** G. Twee gevallen von Herpes met motorische stoornissen. — Nederl. Tydschr. v. Geneesk. Amst., 1885, XXI, p. 737.

**Warlomont** E. A manual of animal vaccination in general. — Translated and edited by Arthur J. Harries. London, 1885, J. & A. Churchill, 176 p. — What scientific men say of vaccination. Is compulsory vaccination right? Bay City, Mich., 1885, C. C. Gustin. 19 p. 8°.

**Watermann** T. The animal vaccination business. Boston M. & S. J., 1885, CXIII, p. 430.

**Watson** W. P. Multiple necrosis following vaccination. — Med. Rec. New-York, 1885, XXVIII, p. 357.

**Webb** H. Y. Report on small-pox in Alahama in 1883. — Rep. Bd. Health Alabama 1883—84, Montgomery, 1885, p. 126—135.

**Weiss** L. Neuere dermat. Behandlungsmeth. — N.-Yorker med. Presse 1885—86, I, p. 15—18.

**Wernher** A. Die Pockensterblichkeit im Deutschen Reiche seit Einführung des Reichsimpfgesetzes, 1875. (From: Zur Impfpflege, 1883). — Mitth. d. Ver. d. Aerzte f. Niederösterr., 1885, XI, p. 77—83.



**Wesche.** Die animale Impfung im Herzogthume Anhalt. — Deutsche med. Wochenschr. Berlin, 1885, XI, pp. 361, 380, 401.

**Weyl** A. Bemerkungen zum Lichen planus. — Deutsche med. Wochenschr. Berlin, 1885, XI, p. 624—626.

**White** J. C. A case and unilateral chromidrosis? — Tr. Am. Dermat. Ass. New-York, 1884, VIII, p. 7.

**White** J. C. Angioma pigmentosum et atrophicum. New-York, 1885, W. Wood & Co. 7 p., 1 pl. 8°.

**White** J. C. Melanosis lenticularis progressiva. — Boston M. & S. J., 1885, CXIII, p. 645.

**White** J. C. On the treatment of lupus by parasiticides. — Boston M. & S. J., 1885, CXIII, p. 409—414.

**White** W. H. Aberrant form of psoriasis. — Tr. clin. Soc. London, 1885, VIII, p. 324.

**Whitla** W. The causation and treatment of scarlatina. — Dublin, J. M. Sc., 1885, 3. s. LXXIX, p. 177—192, disc. 251.

**Whitmire** J. S. Treatment of some of the more important complications that occur in scarlatina and its seguelae. — Peoria M. Month., 1885—86, VI, p. 16—24.

**Wibin.** Eczéma aigu généralisé; efficacité de la médication évacuatrice; ses inconvenients. — Arch. méd. belges. Brux., 1885, 3. s. XXVII, p. 312—314.

**Wiglesworth** A. Observation of the further use of carbolic acid in scarlet fever. — Liverpool M. Chir. J., 1885, V, p. 441—448.

**Wild** Carl. Beitrag zur Kenntniss der amyloiden und hyalinen Degenerat. des Bindegewebes. Jena, 1885, G. Fischer. 23 p.

**Wile** H. Notes on hyperidrosis. — Atlanta M. & S. J. 1885—86, II, p. 391—395.

**Wilkinson** C. H. Carbolic acid injections in the treatment of carbuncle. — Daniel's Texas M. J. Austin, 1885, I, p. 215—220.

**Williams** A. G. Case of scarlet fever with extensive sloughing of left anterior triangl of neck and exposure of vessels. — Lancet, London, 1885, I, p. 380.

**Willoughby** E. F. Variola and the varioloid diseases of animals. — Brit. M. J. London, 1885, I, p. 1156.

**Windley** F. Vaccination v. isolation. — Lancet. London, 1885, II, p. 737.

**Wilson** E. T. Are small-pox hospitals necessarily a source of danger to the surrounding population? — Tr. Soc. M. Off. Health. London, 1884—85, p. 64—75.

**Wisconsin.** State Board of Health. A letter from the State Boärd of Health relative to the prevention and control of small-pox in Wisconsin. Madison. 1885, 27 p. 8°.

**Wolberg** R. Trzy przypadki różyczki (rubeolae) poprzedzajace odre. (Three cases with complications). — Gaz. lek. Warszawa, 1885, 2. s. V, p. 530—535.





**Wolff** A. Zur Aetiologie der Psoriasis. — Vierteljahrschr. f. Dermat., Wien. 1884, XI, p. 337—340.

**Wolffberg.** Die Protokolle der Verhandlungen und die Beschlüsse der deutschen Impfcommission vom Oct. u. Nov. 1884. — Centralbl. f. allg. Gesundheitspfl. Bonn, 1885, IV, p. 200—220.

**Wollner.** Resultate der öffentl. Impfung mit animaler Lymphe in der Stadt Fürth, 1885. — Aerztl. Int.-Bl. München, 1885, XXXII, p. 301.

**Wood** C. A. Sycosis and allied affections. — Canada M. Rec. Montreal, 1884—85, XIII, p. 97—100.

**Wyeth** J. A. Melanosarcoma of the skin. — Med. Rec. New-York, 1885, XXVIII, p. 497.

**Yemans** C. C. Diseases of the nails. — Detroit Lancet, 1884—85, n. s. VIII, p. 396—398.

**Zagorsky** P. Deaths from measles in St. Petersb. from Jan. 1. 1881, to June 1. 1884. — J. Vrach, St. Petersb., 1885, VI, p. 120.

**Zee** A. J. K. etiologii noji. — Arch. vet nauk., St. Petersburg, 1885, XV, p. 104—158.

**Zemanek** A, Impfgegner und Impfschäden; ein Beitrag zur Sanitätsstatistik. Wien. med. Presse, 1885, XXVI, p. 1230. — Statistik der Revaccination in der Armee. Militärarzt. Wien, 1885, XIX, p. p. 105, 113, 121.

**Zevëk** V. A. Syphilitic eruption of the form of rupia. Russk. Med. St. Petersburg, 1885, III, p. 772—774.

**Ziemssen** H. Handbook of diseases of the skin. New-York, 1885. W. Wood & Comp. squ. 4°.

---

## B. Venerische Krankheiten.

### Allgemeine Abhandlungen und Geschichte.

**Bergh** R. Beretning fra almindeligt hospitals 2. Afdeling (for veneriske Sygdomme for 1884). Kjobenhavn, 1885, 8°, p. 32. — Aus Hospitals-Tidende.

**Bogoljoubov** N. F. (Statistischer Bericht über die Syphilis im Marinehospital zu Kronstadt.) — In Med. pribav. k. morsk. sborniku. St. Petersburg, März, pp. 189, 290.

**Bonacorsi** C. Il sifilicomio feminile di Cremona nell' anno 1884. — In Bull. d. Comit. med. cremonese. Cremona, V, p. 1—17.

**Bueno de Mesquita del Osembo** Maurice. Geschiedkundig overzicht van de subcutane Kwick-therapie bij lues. Groningen, 8°, p. 168.

**Corradi** Alfonso. Un libro raro di sifilografiia e un' edizione ignota del Benivieni. — Annali univers. di med. e chir. Milano, CCLXXI, p. 228—240.



**Finger** Ernst. Die Syphilis und die venerischen Krankheiten. Ein kurzgefasstes Lehrbuch zum Gebrauche für Studirende und praktische Aerzte. Wien, 1886, 8°, pp. XII, 272 u. 4 Taf.

**Gamberini** P. Girolamo Fracastorio (Biographie). — Giornale ital. d. mal. veneree. Milano, XX, p. 1—11.

**Gamberini** P. Statistica clinico-terapeutica delle malattie veneree, sifilitiche e cutanee, accolte nella clinica universitaria di Bologna nell' anno 1884. — Rivista internazion. di med. e chir. Napoli, 1885, II, p. 142—147.

**Groedinger** Richard. Mittheilung aus der syphilitischen Abtheilung des Hospitals zu Alexandershöhe bei Riga. Inaugural-Abhandlung. Dorpat, 8°, p. 48.

**Jullien** L. Trattato pratico delle malattie veneree. Versione italiana del dott. S. **Romani.** Vol. I, Napoli, 1884, 8°.

**Keyes** E. L. Cases bearing upon certain mooted points in syphilology. — New-York med. Journ. XLI, p. 464—467; Med. News. Philadelph. XLVI, pp. 451—454, 471; Annales of Surg. St. Louis, II, p. 299—309.

**Lang** Eduard. Vorlesungen über Pathologie und Therapie der Syphilis. Zweite Hälfte. Zweite Abtheilung. Schluss. Mit Holzschnitten. Wiesbaden, 1886. 8°, p. 435—570.

**Lisovski.** Neskolko slob po povodu lechenija sifilisa, v Dunaburg. voyenno gosp. v. 1882 g. — Protok. zasaid. Dunaburg. med. Obsh., 1884, I, p. 80—86.

**Mannino** Lorenzo. Rendiconto sommario delle malattie osservate e curate nel dispensario civico dermo-sifilópatico dell' ospedale la „Concezione“ di Palermo negli anni 1882, 1883 e 1884. Palermo, 1885, 8°, p. 55.

**Martineau** L. Clinique gynécologique et syphilographique de l'hôpital de Lourcine. Paris, 8°.

**Michael** J. E. Biblical studies upon venereal disease. — Virginia med. Monthly. Richmond, 1884—85, XI, p. 548—554.

**Millares y León.** Algunas reflexiones relativas à la sifilis de las Canarias. — Gac. méd. catalan. Barcelona, VIII, p. 97—101.

**Patamia** Carmelo. Manuale pratico delle malattie veneree. II ediz. Napoli, 8°, p. 193.

**Pontoppidan** Erik. Hudsygdommene og de veneriske Sygdomme; En kortfattet Fremstilling. Kjobenhavn, 8°, p. 167.

**Pontoppidan** E. Beretning fra Kommunehospitalets Poliklinik for Hudsygdomme og veneriske Sygdomme for Treaaret d. 1ste Marts 1882 til d. 1ste Marts 1885. — Hospitals-Tidende. Kjobenhavn, 1885, 3 R. III, p. 297—309.

**Ploss** H. Geschichtliches und Ethnologisches über Knabenschändung. Leipzig, 8°, p. 32. — Aus: Arch. f. Geschichte d. Med. Leipzig, VIII, Hft. 3.

**Scheube** B. Contribution to the history of syphilis. Translated from Arch. f. pathol. Anatomie etc. — Southern Practitioner. Nashville, VII, p. 113—116.



**Róna** S. Adatok a buja-és börbetegségek tanához. (Fälle von Syphilis und Hautkrankheiten.) — Orvosi hetilap. Budapest, XXIX, pp. 224, 250, 310, 343.

**Topales** C. P. *'Κλινικῆ ἀφροδισιων νόσων Παύλον. 'Ιωάννον. Στατιστικὴ* . . . 1 *Σεπτεμβ.* 1883 *μέχρι* 1 *Απριλίον* 1885. — *Γαληνὸς, Αθῆναι*, 1885, II, pp. 265, 282, 331, 362, 376, 396.

Syphilis und venerische Krankheiten. — A. **Eder's** ärztl. Bericht (1884). Wien, 1885, 8°, p. 160—175.

## Gonorrhoe und ihre Folgezustände.

**Anderson** S. T. Electric treatment of urethra structure. — St. Louis med. and surg. Journ. XLIX, p. 205—208.

**Andronico** C. La cura dell' orchite col collodion. — Bull. d. scienze med. di Bologna. 6 Ser., XV, p. 114—117.

**Badre** Mohamed Amine. De la balano-posthite gangreneuse. Thèse. Paris, 4°, p. 104.

**Ballet** G. Des déterminations cutanées de la blennorrhagie. — Revue de méd. Paris, V, p. 509—529.

**Beale** Lionel S. Urinary and renal derangements and calculous disorders: hints on diagnosis and treatment. London, 8°, p. 274. — Dasselbe. Philadelphia, 8°, p. 356.

**Bergmann** A. a) Gonitis gonorrhoica mit Kokken; b) Arthrotomie wegen eitriger Gonitis, keine Drainage. — St. Petersburger med. Wochenschrift, N. F. III, p. 293.

**Bertrand** R. Contribution à l'étude de la blennorrhagie chez l'homme. Thèse. Lyon, 1884, 4°, p. 78.

**Bettencourt** C. Contribunicao ao estudo de tratamento dos estreitamentos da urethra pela galvanocaustia chimica ou electrolyse. — Uniâo med. Rio de Janeiro. V, pp. 111, 174, 228, 273 u. 1 Taf.

**Blackwell** E. Concerning the new treatment for gonorrhoea. — Med. Record. New-York, XXVII, p. 261.

**Boully.** Rapport sur un travail de M. le Dr. **Grynfelt** intitulé: Injections intra-uréthrales de chlorhydrate de cocaïne pour faciliter le cathétérisme. — Bull. et Mém. Soc. de chir. de Paris. N. S. XI, p. 246—249.

**Bourgeois** A. Les injections antiseptiques dans le traitement de la blennorrhagie. — Arch. de méd. et pharm. milit. Paris, VI, p. 375—388.

**Bowie** A. Inflammation of Cowpers glands. — Lancet. London, II, p. 947.

**Brondel.** Stérilité par catarrhe cervical guéri par l'iode à l'état naissant. — Revue méd.-chir. d. mal. d. femmes. Paris, VII, p. 14.

**Bumm** Ernst. Der Mikro-Organismus der gonorrhoischen Schleimhaut-Erkrankungen „Gonococcus Neisser". Nach Untersuchungen beim Weibe und an der Conjunctiva der Neugeborenen. Wiesbaden, 8°, pp. V, 146 und 4 Tafeln.



**Cabot** A. T. The constrictor urethrae muscle; its relation to urethral pathology and treatment. — Boston med. and surg. Journ. CXII, p. 339—341.

**Cabot** A. T. The application of antiseptic principles to genito-urinary surgery. — Boston med. and surg. Journ., CXIII, p. 245—249.

**Carr** W. L. A case of gonorrhoeal ophthalmia, rupture of the cornea and loss of the lens. — Med. Record. New-York, XXVII, p. 317.

**Carles** Alfred. De la dilatation rapide dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre. Thèse. Montpellier, 1884, 4°, p. 54.

**Castells** F. Reumatismo blennorrhagico. — Gaz. méd. catalun. Barcelona, VIII, p. 230—233.

**Cazes** Louis. Du traitement de la cystite blennorrhagique du col de la vessie par les instillations des solutions argentiques. Thèse. Montpellier, 1884, 4°, p. 46.

**Chamberlain** M. L. Vaginal douches; abdominal and vaginal coils; rubber tubing containing brass wire spiral. — Boston med. and surg. Journ. CXII, p. 245—247.

**Clark** F. Le G. Gouty deposit on penis. — St. Thomas's hosp. Report 1883, London, 1884, N. S. XIII, p. 7.

**Coleman** J. S. The multiple wedge principle in the treatment of organic stricture of the urethra. — Transactions of the Amerc. surg. Associat. 1884, Philadelphia, 1885, II, p. 173—183.

**Collins** E. T. The hollow eye speculum and douche for the treatment of gonorrhoeal ophthalmia. — The Lancet. Lond., I, p. 1130.

**Comingor** J. A. Treatment of acute epididymitis with subnitrate of bismuth. — Med. Record. New-York, XXVIII, p. 433.

**Cook** A. B. A case of stricture; rupture of the urethra; extravasation of urine; extensive sloughings; loss of two inches of urethra, with complete recovery. — Gaillard's med. Journ. New-York, XXXIX, p. 126—130.

**Crowther** William Harding. Stricture of the urethra and kindred affections; their painless treatment and cure by a new method. New edition. London, 8°, p. 47.

**Cséri** J. Zur Aetiologie der infectiösen Vulvo-vaginitis bei Kindern. — Pester med.-chir. Presse. Budapest, XXI, pp. 568, 589; aus Orvosi hetilap. Budapest, Nr. 26, 27.

**Currier** A. F. Gonorrhoea in the female. — New-York med. Journ., XLII, pp. 424—426, 452—455.

**Delore** X. et A. **Lutaud.** Spéculum. — Dictionn. éncyclop. de sciences méd. Paris, 1884, 3. Sér., XI, p. 37—63.

**Desmons** Paul. Du traitement des rétrécissements de l'urethre par la dilatation immédiate progressive. Thèse. Lille, 1884, 4°, p. 58.

**Dichiara** F. La terapeutica elettrica nei restringimenti organici dell' uretra. — Gazz. clin. di elettroterap. Palermo, 1884, II, pp. 5, 33, 65, 129, 164.





**Diday** P. La chaude pisse inexpugnable. — Lyon méd., XLVIII, p. 554—558.
**Ebben** Franz. Ueber Rheumatismus gonorrhoicus. Inaugural-Abhandlung. Würzburg, 1884, 8°, p. 40.
**Edwards** F. S. A lecture on bougies; their use and abuse. — British med. Journ. London, II, p. 53—56. — Maryland med. Journ. Baltimore, XIII, p. 261—266.
**Edwards** F. S. On the treatment of urethral stricture. — The Lancet. Lond., I, p. 336.
**Ehrhardt** Ernst. Ueber chronische Ulcerationen an der weiblichen Harnröhre. Inaugural-Abhandlung. Berlin, 1884, 8°, p. 30.
**Ferrari,** P. Il gonocochi di Neisser nella diagnosi della blenorragia. — Giornale di med. milit. Roma, XXXIII, p. 337—348 u. 1 Taf.
**Feulard.** Érythème hémorrhagique chez un rhumatisant blennorrhagique. France méd. Paris, I, p. 363—365.
**Finger** E. Zur Kenntniss der acuten und chronischen Urethritis und deren neueren Behandlungsweisen. — Allg. Wiener med. Zeitg., XXX, pp. 351, 361, 371. — Med.-chir. Centralbl. Wien, XX, pp. 483, 495, 507.
**Fischel** W. Ueber einige Veränderungen des Epithels beim chronischen Katarrh des Collum uteri. — Centralblatt f. Gynäcol. Leipzig, IX, p. 369—373.
**Fraser** T. R. On the failure of salicyl-compounds in the treatment of acute rheumatism, accompanied with inflamation of the genito-urinary mucous membranes. — Edinburgh med. Journ. 1885—86, XXXI, pp. 108, 221.
**Garcia Solá** E. Gonococco. — Revista de med. y chir. práct. Madrid, XVII, p. 5—14.
**Gayraud** E. Des abcès péri-uréthraux dans la blennorrhagie aiguë. — Gaz. hebdom. d. sc. méd. de Montpellier, VII, p. 505—508.
**Giglio** G. Alcune osservazione cliniche sulla medicatura endo-uterina con il bicloruro di mercurio. Milano, 1884, 8°.
**Gonzalés.** Indications et contra-indications de l'ignipuncture du col de l'utérus dans la métrite chronique. (Résumé.) — Paris méd. 1884, IX, p. 577.
**Gouley** J. W. S. Notes on contracture of the bladder consequent on cystitis. — Boston med. and surg. Journ., CXII, p. 253.
**Griffith** G. de. Case of stricture of the male urethra in which cocaine was used with success. — Med. Press and Circular. London, N. S. XL, p. 98.
**Grünfeld** Jos. Balanitis. Balanoposthitis. — Real-Encyclop. d. gesammten Heilkunde. II. Aufl. Wien, II, p. 358—365.
**Grünfeld** Jos. Ein Fall von Polypen der Harnblase auf endoskopischem Wege diagnosticirt und operirt. — Wiener med. Presse. XXVI, p. 1189—1191.
**Grynfeltt** J. Injections intra-uréthrales de chlorhydrate de cocaine pour faciliter le cathétérisme. — Gaz. hebdom. d. se. méd. de Montpellier, VII, p. 73—75.

**Guyon.** Des cystitis en général: Classification, étiologie, symptomatologie, diagnostic, anatomie pathologique, traitement. — Gaz. méd. de Paris, 7. Sér., II, pp. 169, 181, 337, 349, 433.

**Guyon** J. C. F. Leçons cliniques sur les maladies de voies urinaires, professées à l'hôpital Necker. II. édition. Paris, 8°.

**Hallé** N. Rétrécissement de l'urèthre; abcès urineux ouvert dans le rectum; hypertrophie vésicale et cystite; uréthrite; pyélite; néphrite consécutive. — Progrès méd. Paris, 2 Sér., I, p. 304.

**Hamonic** Paul. Des folliculites blennorrhagiquès de l'homme. — Annales méd.-chir. franc. et étrang. Paris, I, p. 226—237.

**Hamonic** P. Cowpérite blennorrhagique ayant simulé un abcès froid par congestion; exstirpation de la glande; guérison. — Ebenda, p. 249—252.

**Handy** J. W. Case of acut cysticis; treatment; micro-organisms. — Physician and Surgeon. Ann. Arbor, Michigan, VII, p. 339—341.

**Harrison** R. On the treatment of the chronic forms of suppuration from the male urethra. — Lancet. London, II, p. 426.

**Harrison** C. M. Potassium bromide in cystitis. — Med. Age. Detroit, III, p. 487.

**Hartmann** H. De la dilatation des rétrécissements de l'urèthre. — Annales d. mal. d. org. génito-urin. Paris, III, p. 683—694.

**Hashimoto.** Beitrag zur Behandlung der Harnröhrenstrictur. — Arch. f. klin. Chir. Berlin, XXXII, p. 43—53.

**Haussmann** D. Zur Verhütung des Trippers. — Deutsche med. Wochenschrift. Berlin, XI, pp. 431, 545.

**Hazard** W. B. The causative relation of gonorrhoea to renal and cardiac affections. — Gaillard's med. Journ. New-York, XL, p. 25.

**Henry** L. Notes on some points in the treatment of acute prostatitis. — Australas. med. Gaz. Sydney, 1884—85, IV, p. 274—277.

**Hermandez** Silva. La metritis crónica y su tratamiento por las aguas sulfurado-carbónicas del manantial de los banos viejos de Elorrio. — An. Soc. espan. de hydrolog. méd. Madrid, VI, pp. 8, 28.

**Hicks** J. B. Clinical memoranda of two cases of chronic vaginitis. — Lancet. London, I, p. 610.

**Hooker** E. D. Cases of perineal abscess dependent on urethral stricture. — Boston med. and surg. Journ., CXII, p. 293.

**Horand** M. Observation de blennorrhagie contractée dans un rapport ab ore. — Lyon méd., L, p. 278—281.

**Horovitz** M. Der periurethrale Abscess und sein Verhältniss zur Harnröhrenfistel. — Wiener med. Wochenschrift, XXXV, pp. 881, 911.

**Hubscher.** De l'influence du traitement ordinaire sur le gonococcus de la conjunctivite purulente des nouveau-nés. — Arch. d'ophthalm. Paris, V, p. 306—310.

**Hudson** T. J. Note on the treatment of urethral gleet by medicated metal bougies. — Lancet. London, I, p. 1032.

**Hull** H. V. Twelve cases of operations for urethral stricture in which cocaine was used to anaesthetize the urethra. — Albany med.-Annals. V, p. 41—48.

**Jones** C. N. D. Urethral stricture; cystitis; pyelonephritis; urinary extravasation. — New-York med. Journ. XLII, p. 235.

**Jones** J. B. Chronic cystitis. — Kansas City med. Record, II, p. 147—149.

**Klippel.** De l'érythème blennorrhagique. — Annales med.-chir. franc. et étrang. Paris, I, p. 290—297.

**Kreis** E. Beiträge zur Kenntniss der Gonokokken. — Wiener med. Wochenschrift. XXXV, pp. 937, 961.

**Kugelmann.** Eine einfache, gefahrlose Methode für intrauterine Behandlung des chronischen Uteruskatarrhs. — Wiener med. Presse, XXVI, p. 1301.

**Latil.** Observation d'orchite goutteuse. — Union méd. Paris, 3 Sér. XXXIX, p. 471—473.

**Lennander** K. G. Om den purulenta vulviten hos minderårige. — Hygiea. Stockholm, XLVII, p. 505—510.

**Letzel.** Zur Resorcinbehandlung der Gonorrhoe. — Allgem. med. Central-Zeitg. Berlin, LIV, p. 1053—1055. — Mittheil. des Vereins d. Aerzte Nied.-Oesterr. Wien, XI, p. 213—216.

**Liénard** P. De l'influence de l'hypertrophie prostatique sur les rétrécissements de l'urèthre. Thèse. Lyon, 1884, 4°, p. 60.

**Lomer.** Ueber die Bedeutung und Diagnose der weiblichen Gonorrhöe. — Deutsche med. Wochenschrift. Berlin, XI, p. 734—737.

**Lucas** R. C. Gonorrhoeal rheumatism in an infant, the result of purulent ophthalmia. — British med. Journ. London, I, p. 429; II, 57—59.

**Lundström** C. Studier öf ver Gonococcus (Neisser). Helsingfors, 8°.

**Lvov** J. M. Chronische Vaginitis geheilt durch Application von Vaselin und Cocaïn. — Russ. Med. Voskresensk, I, p. 460—462.

**Malherbe** A. Quelques mots sur la dilation mécanique progressive des rétrécissements de l'uréthre. — Annales d. mal. d. org. génito-urin. Paris, III, p. 674—683.

**Mannino** L. Il bacillo della balanopostite. — Gazz. d'osped. Milano, VI, p. 659—661.

**Martel.** De la teinture d'anémone dans le traitement de l'orchite. — Bulletin gén. de thérap. ect. Paris, CVIII, p. 129.

**Martineau** L. Leçons cliniques sur la blennorrhagie chez la femme. Paris, 8°, p. 240.

**Mibelli** V. Follicolite blenorrhagica. — Bull. d. Soc. tra i cultur. d. sc. med. in Siena. III, p. 116—119.



**Montagnon** F. De la frequence des localisations et des reliquats prostatiques dans la blennorrhagie et de leur rôle dans la blennorrhée. — Lyon méd. XLIX, pp. 553, 592.

**Morris** W. A. Some remarks on the urethra and its morbid sympathies. — Indian. med. Journ. Calcutta, IV, p. 361—366.

**Moya** A. Diagnóstico de la blenorragia en la mujor. — Gac. méd. catalun. Barcelona, VIII, p. 391—395.

**Munnich** A. J. Zur abortiven Behandlung der Urethritis. — Monatsh. f. pract. Derm. Hamburg, IV, p. 188—191.

**Newman** R. Electrolysis in surgery; and tabular statistics of one hundred cases of urethral stricture. — Journ. Americ. med. Associat. Chicago, IV, p. 449—455. — New England med. Monthly. Sandy Hook, Conn. 1884—85, IV, p. 504—515.

**Newmarch** B. J. Parotitis; double orchitis; hydrocele of tunica vaginalis. — Australas med. Gaz. Sydney, 1884—85, IV, p. 160.

**Oedmansson** E. Om urethritis externa, särskildt hos mannen, och om cystabildningar a forhuden. — Norsk med. Arkiv. Stockholm, XVII, Nr. 5, p. 1—11.

**Ohmann-Dumesnil** A. H. Case of persistent chordee. — Journ. of cutan. and vener. disease. New York, III, p. 178.

**Ohmann-Dumesnil** A. H. Peri-urethral abscess. — Ebenda, p. 177.

**Para** J. et **Tuffier**. Uréthro-vaginite chronique; cystite secondaire; phlegmon de la cavité prépéritonéale de Retzius; mort; autopsie. — Progrès méd. Paris, 2. sér., I, p. 441.

**Parizot** Louis. De l'excision des rétrécissements calleur de l'urèthre suivie de réunion immediate. Thèse. Lyon, 1884, 4°, p. 80.

**Paul**. Cases of stricture of the urethra; with complications. — Lancet. London, I, p. 1127.

**Péchaud**. Observation d'orchite goutteuse. — Bull. et Mémoires de la Soc. méd. des hôp. de Paris. 3. sér., II, p. 37—39.

**Pezzer** de. Le microbe de la blennorrhagie (gonococcus). — Annales d. mal. d. organ. génito-urin. Paris, III, pp. 95, 175, 238—250.

**Pisko** F. J. Die elektrische Beleuchtung innerhalb des menschlichen Körpers. — Deutsche Revue. Breslau u. Berlin, X, p. 195—202.

**Podrez** A. O blennoree mochepolowago apparata mujchin (Iz lekt. ob „Urethritis"). — Russk. Med. Voskresensk, I, pp. 71, 91, 111.

**Pollard** B. The pelvic viscera and veins of a case of thrombosis consequent on gonorrhoea. — Lancet. London, I, p. 987.

**Pontoppidan** E. Subakut Katarrh af Blaerhalsen, behandelt med Guyon'sche Instillationer. — Ugeskrift for Laeger. Kjoebenhavn, 4 R., XI, p. 279—281.

**Poynter** M. E. Gonorrhoea in the young. — Med. Record. New-York, XXVIII, p. 540.

**Ralfe** Charles Henry. A practical treatise on diseases of the kidneys and urinary derangements. London, 8°, p. 584.





**Richardson** T. G. Gonorrhoeal rheumatism, with notes of an interesting case. — New Orleans med. and surg. Journ. 1884—85, XII, p. 655—659.

**Robert**. Du kava dans la blennorrhagie. — France méd. Paris, II, p. 1225—1228.

**Roberts** William. A practical treatise on urinary and renal diseases, including deposits. Illustrated by numerous cases and engravings. Assisted by Robert Maguire. IVth edit. Philadelphia, 8°, p. 644.

**Róna** S. Die blennorrhoische Entzündung der samenbereitenden und ausführenden Organe. — Pester med.-chir. Presse. Budapest, XXI, p. 321—325. aus Orvosi hetilap. Budapest, Nr. 9—13.

**Róna** S. A férfiak heveny húgycsó-kankójának gyogymódjához. (Behandlung der Urethritis beim Manne). — Orvosi hetilap, Budapest, XXIX, p. 902—906.

**Róna** S. Az epididymitis blennorrhoica kimentele. Epididymitis chronica idiopathica; tuberculosis testis, orchitis. — Ebenda, p. 848—852.

**Rosenberg** W. Cocaïn bei Behandlung von Strictura urethrae. — Wiener med. Presse, XXVI, p. 1295.

**Rush** E. W. Stricture of the male urethra. — Transact. of the Texas med. Associat. Fort Worth, 1884, XVI, p. 143—151.

**Sadler**. Fatal cystitis apparently due to phimosis. — Lancet. London, II, p. 715.

**Sampson** A. F. Treatment organic stricture by electrolysis. — Transact. of the Texas med. Associat. Austin, XVII, p. 253—261.

**Sanchez M.** Estudio clinico sobre la cistitis blenorrhágica. — Gac. de sanid. mil. Madrid, 1884—85, XI, pp. 52, 71, 217, 280.

**Sinéty,** de et **Henneguy**. De quelques faits relatifs à l'examen histologique et chimique du pus blennorrhagique. — Compt. rend. Soc. biolog. Paris, 8. sér., II, p. 553—555.

**Stocquart**. Traitement de l'orchi-épididymite blennorrhagique aiguë par l'emplâtre de Vigo et le suspensoir ouaté. — Journ. de méd., chir. et pharm. Bruxelles, LXXX, p. 146—150.

**Tait** L. Saccular dilatation of the urethra. — British med. Journ. London, I, p. 982.

**Thompson** Henry. The pathology and treatment of stricture of the urethra and urinary fistule. IVth edition. Philadelphia, 8°, p. 266; dasselbe London.

**Thompson** Sir H. Zur Chirurgie der Harnorgane. Autorisirte deutsche Ausgabe von E. Dupuis. Wiesbaden, 8°.

**Tilden** G. H. and F. S. **Watson**. Chronic Prostatitis. — Boston med. and surg. Journ. CXII, p. 496—499.

**Tuffier**. Du rôle de la congestion dans les maladies des voies urinaires. Thèse. Paris, 4°, p. 149; auch in 8°, p. 153.

**Unna**. Untersuchungsstuhl und Albocarbonlampe zu endoskopischen Zwecken. — Monatsh. f. prakt. Dermat. Hamburg, V, Nr. 2; Illustr. Monatsschr. f. ärztl. Polytech. Bern, VII, p. 82—85.

**Vedeler**. Latent genorrhoe. — Forhandl. Norske med. Selsk, i Kristiania. p. 79—86.

**Verneuil**. Rétrécissements de l'uréthre. — Gaz. des hôpitaux. Paris, LVIII, p. 454.





**Vichemirski** N. O. (Suppurative Entzündung während der acuten Periode einer Genorrhoe mit tödtlichem Ausgang.) — Vrach. St. Petersburg, VI, p. 596—598.

**Warren** J. Peri-urethral abscess; rupture into the urethra; complete cure. — Journ. of cutan. and vener. diseases. New York, III, p. 141—143.

**Weisse** F. D. Stricture of the urethra. — Ebenda, p. 74—76.

**Wharry** R. On the treatment of epididymitis by oil of yellow sandal wood, and on the mode of action of that oil. — Annales of Surg. St. Louis, I, p. 386—388.

**White** J. W. The treatment of gonorrhoea. — Med. and surg. Reporter. Philadelphia, LII, p. 773—775; New York med. Journ. XLI, p. 531—534; Policlinic, Philadelphia, 1884—85, II, p. 149—154.

**Whittemore** Frank H. The treatment of stricture of the urethra. Read before the Connecticut Medical Society, May 28, 1885. New York, 1885. 8°, p. 12. — New York med. Journ. XLI, p. 720—723; Proceedings of the Connect. Med. Soc. Hartford, p. 163—171.

**Widmark** J. Ytterligare nagra iakttagelser om gonokockernas förekomst vid purulent konjunktivit samt vid purulent vulvovaginit hos minderarige Res. Sur la présence des gonococcus dans la conjunctivite purulente, ainsi que dans la vulvo-vaginite purulente des enfants. — Hygiea. Stockholm, XLVII, p. 217—226.

**Widmark** J. Gonokokken in acht Fällen von Vulvovaginitis bei Kindern. — Arch. f. Kinderheilk. Stuttgart, 1885—86, VII, p. 1.

**Wooten** T. D. Gonorrhoeal ophthalmia. — Daniel's Texas med. Journ. Austin, I, p. 117—126.

Stricture of the urethra. — North London or Univers. Coll. Hosp. 1884. London, 1885, p. 183—197.

Gonorrhoeal arthritis. — Ebenda, p. 13.

## Syphilitische Initialformen, Geschwüre, Bubonen.

**Allen** C. W. Two cases of chancre of the lip. — Journ. of cutan. and vener. diseases. New York, III, p. 65—68.

**Alvarez et Tavel.** Recherches sur le bacille de Lustgarten. — Arch. de physiol. norm. et pathol. Paris, 3. sér., VI, p. 303—321 u. 1 Taf.; Progrès méd. Paris, 2. sér., II, p. 135.

**Barthélemy** T. Sur les auto-inoculations du chancre syphilitique (à propos du travail de M. Pontoppidan). — Annales de dermat. et syph. Paris, 2. sér., VI, p. 200—202.

**Baudry.** Sur un mode particulier de transmission de la syphilis aux paupières. — Bull. et Mém. Soc. franç. d'ophthalm. Paris, III, p. 87—90; Arch. d'ophthalm. Paris, V, p. 55—70; Bull. méd. du nord. Lille, XXIV, pp. 16—24, 42—53.

**Baum** Siegfried. Casuistische Beiträge zur Kenntniss der extragenitalen Initialsclerose. — Viertelj. f. Dermat. u. Syph. N. F., XII, p. 97—116.



**Brissaud** E. Du bubon rhumatismal et de la valeur pronostique des nodosités rhumatismales éphémères. — Revue de méd. Paris, V, p. 241—252.

**Buechler** A. F. The bacilli of syphilis. — Quart. Bull. of the clin. Soc. New York, Post-Grad. med. School and Hosp. New York, 1885—86. I, p. 34—37.

**Burow**. Uebertragung von Syphilis durch den Tubencatheter. — Monatsschr. f. Ohrenheilk. Berlin, XIX, p. 129—138.

**Castelo y Serra** E. Un caso de doble infeccion sifilitica; conclusiones presentadas con motivo de la discusión de este caso. — Revista espec. de oftalm.; sifilis etc. Madrid, IX, p. 342—347.

**Castro Cao** A. Objeciónes à l'à estirpacion del chancro indurado. — Bolet. de med. Santiago, 1884, I, p. 103—107.

**Cornil**. Sur le microbe de la syphilis. — Bullet. de l'Academ. de méd. Paris, 2. sér., XIV, p. 1039—1043.

**Creus**. Exposición de un caso de doble infección sifilitica, padecida por un individuo. — Anales r. Acad. de med. Madrid, VI, pp. 92. 106.

**Diday**. Du bubon chancrelleux. — Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris. N. S. XI, p. 1—4.

**Doléris** J. A. Considérations sur la rigidité de l'orifice utérin pendant le travail; étude sur la rigidité du col, d'origine syphilitique. — Arch. de tocolog. Paris, XII, p. 305—335.

**Donaldson Frank**. Hard chancre of the tonsil. Philadelphia, 8°, p. 15. — Aus Med. News.

**Dornig** J. Beitrag zur Kenntniss syphilitischer Initialaffectionen an den Augenlidern. — Wiener med. Wochenschr. XXXV, p. 330—332.

**Doutrelepont** und J. **Schütz**. Ueber Bacillen der Syphilis. — Deutsche med. Wochenschr. Berlin, XI, p. 320.

**Finger** E. Beiträge zur Anatomie des männlichen Genitale mit Rücksicht auf die Entwicklung des syphilitischen Initialaffectes. — Wiener med. Blätter, VIII, p. 237—239; Wiener med. Wochenschr. XXXV, p. 240.

**Finger** E. Ueber die Natur des weichen Schankers. — Allgem. Wiener med. Zeitg. XXX, pp. 477, 489.

**Gayraud** E. Du phimosis gangréneux. — Gaz. hebdom. de sc. méd. de Montpellier, VII, p. 373—375.

**Gémy**. Sur la virulence du bubon chancreux. — Annales de dermat. et syph. Paris, 2. sér., VI, p. 475—485.

**Grünfeld** Jos. Bubo. — Real-Encyclop. d. gesammten Heilk. II. Aufl. Wien u. Leipzig, III, p. 535—569.

**Hagner** C. E. Case of sympathetic bubo in an infant. — Americ. Journ. of Obstetrics. New York, XVIII, p. 1046—1048.

**Hallopeau** H. Cautérisation d'un chancre indurée par le sublimé, pratiquée dans le but d'enrayer le developpement d'une syphilis. — France méd. Paris, I, p. 352—354; Courrier méd. Paris, XXXV, p. 135.



**Haslund.** Syphilis, opstaaet ved infektion gennem Svaelget (Syphilis, entstanden durch eine Infection des Rachens). — Hospital-Tidende. Kjobenhavn, 3. R. III, p. 629—639.

**Holmes** E. L. Cases of chancre of the eyelid and of the caruncle. — Chicago med. Journ. and Examiner. I, p. 296—299.

**Holm** N. Nogle Bemaerkinger om en Definition af Slimpapler og urene Saar. — Hospital-Tidende. Kjobenhavn, 3. R. III, p. 1069—1071.

**Horteloup.** De la virulence des bubons. — Bullet. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris, 1884, N. S. X, p. 921—929.

**Hugo-Marcus** Samuel. Nouvelles recherches sur le microbe de la syphilis Thèse. Paris, 4°, p. 39.

**Humbert.** Virulence des bubons consécutifs aux chancre simplex. — Revue de chir. Paris. V, p. 422.

**Hutchinson** J. On chancres and syphilis. — Med. Times and Gaz. London, I, pp. 373, 405.

**Hutchinson,** J. Herpers and the „recurrent" chancre, also on the „intermediate period" of syphilis. — Med. Press and Circular. London, N. S. XL, p. 391—394.

**Kédotoff** A. Transmission de la syphilis par la circoncision pratiquée d'après le procédé hébraique. — Annales de dermat. et syph. Paris, 1884, 2. sér., V, p. 526—529.

**Latouche** F. Du chancre non infectant et du bubon chancreux. — Bull. et Mém. de la Soc. méd. d. hôp. de Paris. 3. sér. II, p. 41.

**Lustgarten.** Sigm. Die Syphilisbacillen. Wien, 8°, p. 23 u. 4 Taf. — Aus Med. Jahrb. Wien, XV, p. 89—109 u. 4 Taf. Dasselbe II. Aufl. Wien, 8°, p. 24 u. 4 Taf.

**Lustgarten** S. Demonstration der Syphilisbacillen. — Verhandl. d. Congresses f. innere Med. Wiesbaden, IV, p. 85—92; Bericht über d. Verhandl. d. Congr. f. innere Med. Leipzig, IV, p. 13—17; Wiener med. Wochenschr. XXXV, p. 517—521.

**Mann** Eugen. Beitrag zur operativen Behandlung der primären syphilitischen Induration. Inaugural-Abhandlung. Greifswald, 8°, p. 30.

**Mannino** L. Nouvelles recherches sur la pathogénie du bubon qui accompagne le chancre mou. — Annales de dermat. et syph. Paris, 2. sér., VI, p. 486—495.

**Mansurov** Nicholas. O bakterijach pri sifilise s primechanijami o patogennich bakterijach. Moskva, 8°. p. 141.

**Meric** H. de. On the inoculation of venereal sores. — Med. Times and Gaz. London, II, p. 316.

**Mesnard** E. M. De l'influence de quelques lésions syphilitiques du col de l'uterus sur l'accouchement. Thèse. Rochefort, 4°.

**Middleton** F. Algunas observaciones sobre la estirpacion del chancro indurado i de los ganglios infratados correspondientes, como tratamiento abortivo



o como recurso i depresor del contajio de la sifilis. — Bolet. de med. Santiago, 1884, I, p. 7—34.

**Middleton** F. Un caso de sifilis vaccinal, perfectamente comprobada y trasmitida al ama. — Ebenda, 1884—85, I, p. 383—385.

**Miot**. Quelques mots sur les prétendus cas de syphilis vaccinale, au faubourg de Charleroi. — Bull. de l'Acad. roy. de méd. de Belge. Bruxelles, 3. sér., XIX, p. 557—562.

**Naudin** Lucien. Contribution à l'étude des ulcérations du col de l'utérus. Thèse. Paris, 4°, p. 77.

**Neumann** I. Ueber Induration der Lymphgefässe, die sogenannten Lymphgefässstränge. — Allgem. Wiener med. Zeitg. XXX, p. 141.

**Notta** M. Chancres indurés multiples des lévers; fiévre syphilitique; roséole; plaques muqueuses. — France méd. Paris, II, p. 1486—1488.

**Ormsby** L. Hepenstal. The causes, symptoms and treatment of phimosis and paraphimosis; with a description of the ancient rite of circumcision. Dublin, 8°, p. 86.

**Petitjean** Victor Gilbert. Contribution à l'étude de la balano-posthite gangréneuse, consécutive aux chancres mous sous-préputieux. Thèse. Paris, 4°, p. 51.

**Pospelov** A. (Der Micro-Organismus bei Syphilis.) — Med. Obozr. Moskau, XXIII, p. 814—823.

**Straus** L. Sur la virulence du bubon qui accompagne le chancre mou. — Compt. rend. de la Soc. de biolog. Paris, 8. sér., II, p. 539.

**Thiry**. Phagédénisme; gangrène de la verge; syphilis. — Presse méd. belge. Bruxelles, XXXVII, p. 137—139.

**Tomashevski** S. P. (Primär-syphilitische Induration auf der rechten Tonsille.) — Russ. Med. Voskresensk, I, pp. 346, 367.

**Trotter** S. A case of acquired syphilis with secondary lesions, the result of tattooing. — Philadelphia med. Times. 1885—86, XVI, p. 125.

**Verdós** P. Influencia de las affecciones venéreas en el desarrollo de la hipertrofia de los grandes labios de la vulva. — Gac. méd. catal. Barcelona, VIII, p. 424—428.

**Weyl** A. Beitrag zu den Dermatosen der Glans penis. — Deutsche med. Wochenschr. Berlin, XI, p. 120.

**v. Y.** C. De uniteit van het virus syphiliticum. — Nederlandsch Tijdschrift v. Geneesk. Amsterdam. XXI, pp. 357, 377, 397.

**Zeisler** J. The bacilli of syphilis and hydrargyrum tannicum oxydulatum. — Chicago med. Journ. and Examiner. L, p. 113—119.

**Zeissl** H. Sur la pluralité des virus vénériens. (Aus dem Deutschen von M. Zeissl.) — Annales de dermat. et syph. Paris, 2. sér., VI, p. 273—281.

## Constitutionelle Syphilis.

**Adamkiewicz** A. Die anatomischen Processe der Tabes dorsalis. — Sitzungsberichte d. k. Akad. d. Wissensch. Math.-naturwissensch. Classe. 1884.




Wien, 1885, XC, p. 258—282, u. 2 Tafeln. — Auch Sonderdruck in 8°.

**Adamkiewicz** Albert. Die Rückenmarkschwindsucht. Eine Vorlesung. Nach neuen Untersuchungen und den Ergebnissen einer neuen Untersuchungsmethode für das Centralnervensystem. Wien, 8°, p. 53 u. 2 Taf.

**Althaus** J. On syphilis of the brain. — Med. Press and Circular. London, N. S. XL, p. 91—93; British med. Journ. London, I, p. 895.

**Althaus** J. Ein Fall von syphilitischen (?) Geschwülsten der Gehirnhäute. — Arch. f. Psychiatr. Berlin, XVI, p. 541—546.

**Anderson** Mc. C. Abstract of two clinical lectures on intercranial syphilis. — Lancet. London, I, p. 1157, II, p. 3.

**Anderson** Mc. C. Case of intra-cranial syphilis. — Glasgow med. Journ. 4. sér., XXIV, p. 49—51.

**Anderson** Mc. C. Case of supposed syphilitic intercranial tumour, greatly benefited by mercurial inunction. — Ebenda, XIII, p. 300—303.

**Andronico** C. Sulla sifilide pigmentaria primitiva; nota clinica dermosifilopatica. — Giornale internaz. d. sc. med. Napoli, N. S. VII, p. 403—406.

**Atkinson** A. Clinical lecture on rupia syphilitica. — Virginia med. Monthly. Richmond, 1885—86, XII, p. 333—346.

**Bacchi.** Sur la syphilis précoce des membranes profondes de l'oeil. — Bull. et Mém. Soc. franç. d'ophthalm. Paris, III. p. 98—105.

**Baratoux** J. De la syphilis de l'oreille. — Revue mens. de laryngol. etc. Paris, V, pp. 430—439, 494.

**Bardeleben.** Caries sicca gummosa calvariae; Trepanatio ossis parietalis; Encephalo-meningitis chronica gummosa diffusa; syphilis constitutionalis. — Charité-Annalen. 1883. Berlin, 1885, X, p. 378—380.

**Barritt** G. L. Case of calcareous gumma in the brain. — Brain. London, 1885—86, VIII, p. 413.

**Bec.** Hepatite hypertrophique du foie de nature syphilitique, accompagnée d'ascite considérable; paracentèse; guérison; neuf ans plus tard mort consécutive à des accidents cérébraux de même origine. — Gaz. des hôpitaux. Paris, LVIII, p. 140.

**Berger.** Ueber die ätiologischen Beziehungen zwischen Syphilis und Tabes. — Breslauer ärztl. Zeitschr. VII, p. 69.

**Bernheim.** Hémiplégie gauche à marche progressive; attaques apoplectiformes; gommes syphilitiques multiples; à l'autopsie, gommes de la moitié droite de la protubérance. — Revue méd. de l'est. Nancy, XVII, p. 272—276.

**Blackmore** A. Case of syphilitic ulceration of the intestine. — Lancet. London, II, p. 615.

**Bossi** L. M. Contributo allo studio dell emoglobina nel sangue dei sifilitici. — Gazz. d. clin. Torino, XXI, pp. 254, 271, 283.

**Bouveret** L. Syphilis; ataxie; cardiopathie. — Lyon méd. L, p. 235—246.

**Braus** O. Zur Prognose der Gehirnsyphilis; für praktische Aerzte. Berlin, 1886, 8°, p. 40.



**Brieger** L. Klinisches über Tabes dorsalis. — Berliner klinische Wochenschr. XXII, p. 313.

**Bristowe** J. S. On visceral syphilis. — Lancet. London, I. p. 331, 372.

**Brooks** J. G. Syphilitic re-infection. — Med. and surg. Reporter. Philadelphia LIII, p. 340—342.

**Burchardt** M. Syphilitische Iritis in secundärer und in tertiärer Form bei demselben Individuum: doppelseitiges Glaucom in Folge von secundär-syphilitischer Iritis. — Charité-Annalen. 1883. Berlin, 1885, X, p. 555—557.

**Butlin** Henry T. Diseases of the tongue. London, 8°, p. 459 u. 6 Taf.

**Campart.** Chorio-rétinite spécifique avec hémorrhagie dans le corp vitré et decollement partiel de l'hyaloïde, oeil droit. — Bull. clin. nation. ophthalm. de l'hosp. de Quinze-Vingts. Paris, III, p. 57.

**Carrington** R. E. The macular or pigmentary syphilide. — Brit. med. Journ. London, II, p. 699.

**Carson.** Syphilitic testicle. — St. Louis Courier of med., XIII, p. 262—264.

**Chabaud** Felix. Contribution à l'étude de la syphilis du maxillaire inférieur. Thèse. Paris, 4°, p. 70.

**Charazac** J. Gomme syphilitique infiltrée de la moitié gauche du larynx. — Revue mens. de laryngol. etc. Paris, V, p. 166—177; Bull. et Mém. Soc. franç. d'otol. et laryngol. Paris, 1884—85, II, p. 91—102.

**Charpentier.** Syphilis cérébrale simulant une paralysie générale. — Annales de dermat. et syph. Paris, 2 Sér., VI, 158—163.

**Charpy.** De la fragilité des os chez les syphilitiques. — Ebenda, p. 269 bis 272.

**Chevers** N. Disease of the cerebral arteries. — Med. Times and Gaz. Lond., I, p. 474—476.

**Churton** T. A case of syphilis, in which ataxy and other nervous disorders occurred at an unusually early period. — British med. Journ. London, I, p. 1289.

**Claiborne** J. H. jr. Diffuse, interstitial, parenchymatons, or syphilitic keratitis. — Gaillard's med. Journ. New-York, XL, p. 357—362.

**Compart** O. D. Gomme de l'iris; rétinite circapapillaire double, plus prononcée à gauche. — Bull. clin. nation. ophthalm. de l'hosp. d. Quinze-Vingts. Paris, III, p. 58.

**Cooper** A. On early syphilitic epididymitis. — British med. Journ. Lond., I, p. 1094.

**Daguillon.** Amblyopie syphilitique. — Bull. clin. nation. ophthalm. de l'hosp. de Quinze-Vingts. Paris, III, p. 131—133.

**Daly** E. O. A case of syphilitic disease of cerebral arteries. — Brain. London, 1885—86, VIII, p. 392—396.

**Declercq** Ludger Lucien. Du syphilôme chancriforme des organes génitaux. Thèse. Lille, 4°, p. 106.

**Defferenz.** De la syphilis chez les verriers. — Bull. Acad. roy. de méd. de Belge. Brux., 3 Sér. XIX, p. 476—496; rapport par Borlée p. 364—367.



**Dejérine** J. Du rôle joué par la méningite spinale postérieure des tabétiques dans la pathogénie des scléroses combinées. — Arch. de physiol. norm. et pathol. Paris, 1884, 3 Sér., IV, p. 454—486 u. 1 Taf.

**Dejérine.** De l'epilepsie syphilitique. — Paris méd., X, p. 121.

**Delie.** Syphilis tertiaire tardive du larynx et de la trachée. — Revue mens. de laryngol. etc. Paris, V, p. 285—290.

**Denslow** G. N. le. Case of early syphilitic cephalalgia followed by aphasia, paraplegia, and death, with an account of the autopsy. — Boston med. and surg. Journ., CXIII, p. 415.

**De Renzi** E. Sifilide spinale. — Boletin. d. clin. Napoli, II, p. 25—28.

**De Renzi** E. Sifilide cerebrale. — Ebenda p. 9—12.

**Desnos.** Gommes syphilitiques de l'hémisphère cérébral droite, ayant donné lieu à des symptômes de paralysie générale, sans paralysies localisées. — Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris. 3 Sér., II, p. 54—56.

**Dieulafoy.** Hémiplégie faciale dans la période secondaire de la syphilis. — Paris méd., X, p. 217.

**Diffre** Léon. Des névralgies syphilitiques. Thèse. Montpellier, 1884, 4°, p. 72 und 3 Tab.

**Doehle** P. Ein Fall von einer eigenthümlichen Aortenerkrankung bei einem Syphilitischen. Inaugural-Abhandlung. Kiel, 8°, p. 19.

**Donaldson** T. jr. Hard chancre of the tonsil. — Med. News. Philadelphia, XLVII, p. 173—176.

**Draper** W. H. Syphilitic cephalalgia. — Med. and surg. Reporter. Philadelphia, LII, p. 681—683.

**Dreyfous** F. De la pseudoparalysie syphilitique; maladie de Parrot. — Revue de méd. Paris, V, pp. 562—590, 673—681.

**Drysdale** C. R. On the prognosis and treatment of syphilis. — Transact. of the Willan Soc. (1883—84) London, 1885, I, p. 33—51.

**Duguet.** Tumeur syphilitique du coronal. — Gaz. des hôpitaux. Paris, LVIII, p. 898.

**Dumont** J. Oedème de la glotte survenu dans le cours d'une laryngite syphilitique; mort et autopsie. — Presse méd. belge. Bruxelles, XXXVII, p. 147.

**Ehrmann** S. Zur Kenntniss der spätsyphilitischen Erkrankungen des weiblichen Sinus urogenitalis und des unteren Abschnittes des Rectums. — Allgem. Wiener med. Zeitung, XXX, pp. 423, 434, 451.

**Elsenberg** A. Przypadek przymiotowego zapalenia ciał jamistych pracia (cavernitis syphilitica membri virilis). — Gaz. lekarska. Warszawa, 2 Sér. V, p. 565—571.

**Eulenburg** A. Ein Fall von Tabes dorsalis complicirt mit progressiver Muskelatrophie. — Berliner klin. Wochenschr., XXII, p. 229—231.

**Fasola** E. Contributo allo studio dell'induramento e dello scleroma sifilitico ai genitali femini. Milano, 1884, 8°.



**Féréol.** Sur un cas de gomme scrofuleuse de la voûte palatine. — Bull et Mém. de la Soc. méd. de hôp. des Paris, 3 Sér., II, p. 210—213.

**Ferret.** Note sur une manifestation précoce de la syphilis oculaire. — Bull. clin. nation. ophthalm. de l'hosp. de Quinze-Vingts. Paris, III p. 117—120.

**Fischer** L. Syphilitische Nekrose des Atlas; Heilung. — Deutsche Zeitschr f. Chir. Leipzig, XXII, p. 420—424.

**Florkiewicz** W. Tabes dorsalis syphilitica. — Medycyna. Warszawa, XIII p. 117—123,

**Fournier.** Phthisie syphilitique; guérison. — Annales de dermat. et syph Paris, 2 Sér., VI, p. 152—154.

**Fournier** A. Du phagédénisme tertiaire. — Praticien. Paris, VII. pp 331, 341.

**Fournier** A. Leçons sur la période préataxique du tabes d'origine syphilitique. Recueullies par W. Dubreuilh. Paris, 1884, 8°.

**Fournier** A. Observations pur servir à l'histoire des paraplégies préataxiques du tabes. — Annales de dermat. et syph. Paris, 1884, 2 Sér.. V, p. 518—525.

**Fournier** A. Tabes à début génital. — Semaine méd. Paris, 1884, 2 Sér.. IV, p. 481.

**Fournier** A. Syphilis; accidents cérébraux au début de la période secondaire (deux mois après l'apparition du chancre); hémiplégie droite; traitement spécifique; guérison. — Annales de dermat. et syph. Paris, 2 Sér.. VI p. 421—423.

**Fox.** Two cases of syphilis modified by eczema. — Journ. of cutan. and vener. diseases. New-York, III, p. 148—150.

**Fraumert** H. Zur Casuistik der Leukoplakie. — St. Petersb. med. Wochenschrift Nr. 1.

**Fredet.** Epiglottite suppurée, compliquée d'oedéme de la glotte; mort rapide par asphyxie. — Union méd. Paris, 3 Sér., XXXIX, p. 1068—1070.

**Fürbringer** P. Ueber Albuminurie durch Quecksilber und Syphilis. — Bericht über die Verhandl. des Congresses für innere Med. Leipzig, IV. p. 54—57.

**Galtier Boissière** M. E. Des manifestations de la syphilis sur la voûte du crâne. Thèse. Paris, 4°, p. 84.

**Gangolphe** M. Contribution à l'étude des localisations articulaires de la syphilis tertiaire; de ostéoarthrite syphilitique. — Annales de dermat. et syph. Paris, 2 Sér., VI, p. 449—470 und 1 Taf.; Revue de chir. Paris, V, p. 884—886.

**Garnier.** De la complication de la tuberculose par la syphilis. — Bull. et Mém. Soc. de thérap. Paris, 2 Sér., XII, pp. 141—148, 149—155.

**Goldmann** E. Antagonism between syphilis and carcinoma. — Transactions of the Texas med. Associat. Fort Worth, 1884, XVI, p. 136—140.



**Goldsmith** W. B. Syphilis and insanity. — Boston med. and surg. Journ. CXIII, p. 433—435.

**Goldstein** M. Ueber die Beziehungen der progressiven Paralyse zur Syphilis. — Allg. Zeitschr. für Psychiat. etc. Berlin, XLII, p. 254—258.

**Gowers** W. R. Diagnosis of diseases of the brain and of the spinal cord. New-York, 8°, p. 301.

**Gowers** W. R. Diagnostik der Rückenmarkskrankheiten. III. Aufl. Aus dem Englischen übersetzt von K. Bettelheim und Scheimpflug. Wien, 8°.

**Greenough** F. B. Cases of cerebral symptoms in early (secondary) syphilis. — Boston med. and surg. Journ., CXII, pp. 571, 595, 607.

**Grindon.** Tubercular syphilides. — St. Louis Courier of med., XIV, p. 71—73.

**Grossi** J. Cirrosis atrófica del higado de origen probablemente sifilitico-mejoria. — Bolet. de med. Santiago, 1884—85, I, p. 283—287.

**Grünfeld** Jos. Condylom. — Real-Encyclop. der gesammten Heilkunde. II. Aufl. Wien und Leipzig, IV, p. 434—445.

**Guibout** E. Caractères généraux et diagnostic des lésions cutanées de la syphilis. — France méd. Paris, II, p. 1101—1105.

**Guyot.** Myosite syphilitique. — Bull. et Mém. Soc. méd. d. hôp. de Paris, 3 Sér., II, p. 244.

**Heitzmann** C. A case of chronic pulmonary tuberculosis with the differential diagnosis between tubercular and specific phthisis. — Quart. Bull. Clin. Soc. New-York, Post-Grad. med. School and Hosp. New-York, 1885 bis 1886, I, p. 52—56.

**Herxheimer** Karl. Ueber Lues cerebri. Inaugural-Abhandlung. Würzburg, 8°, p. 57.

**Heulz.** Syphilis datant de 44 ans et n'ayant donné lieu à aucune manifestation pendant cet espace de temps, actuellement, syphilides tuberculeuses, sèches, circinées. — Annales de dermat. et syph. Paris, 2 Sér., VI, p. 503; France méd. Paris, II, p. 1450—1452.

**Hiclet.** Syphilis constitutionelle; érisipèle ambulant et disparition des symptômes syphilitiques. — Arch. méd. belges. Bruxelles, 3 Sér., XXVIII, p. 23—25.

**Hill** B. Syphilitic necrosis with osteomyelitis; trephining; removal of sequestrum; rapid recovery under antisyphilitic treatment. — British med. Journ. London, I, p. 782.

**Hochhalt** K. A bujakóros izületbantalom egy esete (Syphilitische Affectionen in den Gelenken). — Orvosi hetilap. Budapest, XXXIX, p. 353—365; deutsch in Pester med.-chir. Presse. Budapest, XXI, p. 365.

**Hoffmann** J. Zur Casuistik der trophischen Störungen bei Tabes dorsalis. — Berliner klin. Wochenschr., XXII, p. 178—181.

**Hofmann** E. Ein dreifach getheilter Pharynx (Lues). — Deutsche med. Wochenschr. Berlin, XI, p. 489.



**Homen** E. A. Experimenteller Beitrag zur Pathologie und pathologischen Anatomie des Rückenmarkes (speciell mit Hinsicht auf die secundäre Degeneration). — Fortschr. d. Med. Berlin, III, p. 267—276.

**Horand.** De la syphilide acnéique du nez. — Annales de dermat. et syph. Paris, 2 Sér., VI, p. 385—399.

**Hösslin** R. v. Diabetes insipidus in Folge von Gehirnsyphilis; Heilung durch antisyphilitische Behandlung. — Deutsches Arch. f. klin. Med. Leipzig, XXXVII, p. 500—506.

**Hutchinson** J. Extract from a clinical lecture on paraplegia in syphilis. — Med. Times and Gaz. London, I, p. 305—307.

**Jamieson** A. Bell's paralysis du to syphilis inherited. — Transact. of the med.-chir. Soc. of Edinburgh. 1884—85, N. S., IV, p. 104.

**Jougla.** Deux cas de syphilis cérébrale précoce avec autopsie. — Rev. méd. de Toulouse, XIX, p. 577—586.

**Juliusburger** O. Beiträge zur Kenntniss von den Geschwüren und Stricturen des Mastdarmes. Breslau, 1884, 8°.

**Jürgens** R. Ueber Syphilis des Rückenmarks und seiner Häute. — Charité-Annalen (1883). Berlin, 1885, X, p. 729—749.

**Keating** J. M. Spasmodic tabes dorsalis. — Med. and surg. Reporter. Philadelphia, LII, p. 364—367; Maryland med. Journ. Baltimore, 1884 bis 1885, XII, p. 351—355.

**Knoche** J. P. A case of rupia syphilitica confined almost exclusively to one side of the body. — Kansas City med. Record, II, p. 363—365.

**Köbner.** Hemiparesis dextra; annuläres papulöses Hautsyphilid. — Berlin. klin. Wochenschr., XXII, p. 481.

**Köbner.** Ein Fall von intracranieller Syphilis, nebst Bemerkungen über das gerbsaure Quesksilberoxydul. — Ebenda, p. 482.

**Kopp** C. Syphilis der Trachea und der Bronchien. Pneumonia syphilitica. — Arbeiten aus dem med.-klin. Institut d. k. Ludwig-Maximilians-Universität zu München. Leipzig, 1884, I, p. 333—344 und 1 Tafel.

**Kvitsinski** M. J. Ein Anfall von tabetischem Charakter in Folge antisyphilitischer Behandlung. — Med. pribav. k. morsk. sborniku. St. Petersburg, p. 357—360.

**Laache** S. Epilepsia partialis. Monoparesis brachio-glosso-facialis cum anaesthesia. Gumma lacunatis cranii (et corticis cerebri). — Norsk Magazin f. Laegevidenskaben. Christiania, XV, p. 560—565.

**Landesberg** M. Atrophie des Sehnerven und Tabes dorsalis in Folge von Syphilis. — Berliner klin. Wochenschr., XXII, p. 529—531.

**Landouzy.** Insuffisance aortique d'origine syphilitique. — Gaz. des hôp. Paris, LVII, p. 1009.

**Latouphis.** Des gommes syphilitiques du larynx. — Paris méd., X, p. 133—135.

**Lee** C. G. Gumma of the ocular conjunctiva; cure; remarks. — Lancet. London, II, p. 803.



**Le Hardy** J. C. Syphilis; its importance of a thorough diagnosis and long-continued treatment. — Atlanta med. and surg. Journ. 1885—86, N. S., II. p. 513—533.

**Leloir** H. Leçons sur la syphilis. — Progrès méd. Paris, 2 Sér., I, pp. 205, 225, 313, 332, 393, 412, 497; II, pp. 1, 34, 113, 154, 211, 268, 309.

**Leloir** A. Séméiologie de l'hémiplégie et en particulier de l'hémiplégie d'origine syphilitique. — Bull. méd. du nord. Lille, XXIV, p. 366—383.

**Leuf** A. H. P. On the eradication of syphilis during the first stage by surgical means. — New-York med. Journ. XLII, p. 36—40.

**Lisovski.** Sluchai sifilisa, oslojnivsh. chronich. katarrh. pneumoniei. — Protok. zasaid. Dunaburg med. Obsh. II, p. 71—75.

**Lisovski.** Der Effect des Erysipels bei Syphilis. — Ebenda, p. 115—117.

**Lisovski.** Zwei Fälle von Parese der rechten oberen Extremität rheumatischen Ursprungs auf syphilitischer Basis. — Ebenda, p. 52—57.

**Lissauer** H. Beitrag zur pathologischen Anatomie der Tabes dorsalis und zum Faserverlauf im menschlichen Rückenmark. — Neurolog. Centralbl. Leipzig, IV, p. 245; Vergl. auch: Verhandl. d. Congresses f. innere Med. Wiesbaden, IV, p. 378—381.

**Loewenberg.** De la nature et du traitement de l'ozène. Paris, 1884, 8°.

**Long** J. W. Tertiary syphilis; a case in point. — Nashville Journ. of med. and surg. N. S. XXXVI, p. 490—492.

**Maev** J. A. Ein seltener Fall von diffuser gummöser Infiltration im Unterhautzellgewebe. — Trudi Obsh. Russk. vrach. St. Petersburg, II, p. 120—127.

**Marchiafava** E. Sopra alcune alterazioni dei reni nella sifilide ereditaria. — Arch. per le sc. med. Torino, 1884—85, VIII, p. 359—364 u. 1 Taf.

**Mc Bride** P. Clinical observations on syphilis of the ear and throat. — Glosgow med. Journ., 4 Sér., XXIV, p. 172—187.

**Mendel** E. Syphilis und Dementia paralytica. — Deutsche med. Wochenschrift. Berlin, XI, p. 576—570.

**Méplain** F. Tabes syphilitique précoce. — Annales de dermat. et syph. Paris, 2 Sér., VI, p. 219—224.

**Minor** J. L. Ein Fall von Gumma der Augenbindehaut. — Arch. f. Augenheilk. Wiesbaden, 1884—1885, XIV, p. 174—176.

**Monprofit.** Sur un cas de choroïdite maculaire d'origine syphilitique. — Arch. d'ophthalm. Paris, IV, p. 138—142.

**Moos** und H. **Steinbrügge.** Histologischer Beitrag zur Genese der Syphilis-Cachexie. — Berliner klin. Wochenschr., XXII, p. 300—302.

**Moos** S. und H. **Steinbrügge.** Ueber die histologischen Veränderungen in den Weichtheilen und im knöchernen Gerüste beider Felsenbeine eines tertiär Syphilitischen. — Zeitschr. f. Ohrenheilk. Wiesbaden, 1884—1885, XIV, p. 200—214 u. 2 Taf.

**Morel-Lavallée** A. Syphilis cérébrale (syphilis ignorée) simulant la méningite tuberculeuse. — Annales de dermat. et syph. Paris, 2 Sér., VI, p. 508—510.



**Morrow** P. A. The prognosis and treatment of syphilis. — Med. Record. New-York, XXVIII, p. 533—535.

**Morton** T. G. and H. M. **Wetherill** jr. Diseases of the rectum and anus. — System. Pract. Med. (Pepper). Philadelphia, II, p. 877—929.

**Murri** A. Emoglobinuria e sifilide. — Rivista clin. di Bologna, 3 Sér., V, pp. 241, 321; deutsch in: Allgem. Wiener med. Zeitg., XXX, pp. 292, 306, 320, 331, 352, 363, 372.

**Myrtle** A. S. Clinical remarks on secondary syphilis. — Med. Press and Circular. London, N. S. XXXIX, p. 343—345.

**Nearonov** V. M. Ein Fall von spastischer Spinal-Paralyse, gefolgt von centraler Hemiplegie syphilitischen Ursprungs. — Med. Vestnik. St. Petersburg, XXIV, p. 51—53.

**Nettleship** E. Clinical lecture on a case of syphilitic optic neuritis. — Med. Times and Gaz. London, II, p. 276.

**Neumann** I. Beitrag zur Kenntniss der Anatomie und des Verlaufes der Hautsyphilide. — Wiener med. Presse. XXVI, p. 466.

**Neumann** I. Ueber Pigmentirung der Haut in Folge von Syphilis. — Wiener med. Blätter. VIII, p. 417—420.

**Neumann** I. Welches sind die anatomischen Veränderungen der luetischen Haut nach Ablauf der klinischen Erscheinungen? — Wiener med. Wochenschr. XXXV, p. 825—829.

**Neumann** I. Periostitis process. mastoidei (luetica) mit vorwiegend nervösen Symptomen. — Allgem. Wiener med. Zeitg. XXX, p. 268.

**Neumann** I. Periostitis des Warzenfortsatzes und knöchernen Gehörganges. — Ebenda, p. 403—405.

**Neumann** I. Ueber Reizung und Syphilis. — Ebenda, pp. 317, 330, 341.

**Neumann** I. Knochensyphilis; Spontanfractur des rechten Oberarmes. — Med.-chir. Centralbl. Wien, XX, pp. 51, 63.

**Nikiforov** M. Sluchai stenosa aorti sifilit. proischojd. — Vrach, St. Petersburg, VI, p. 72.

**Noquet.** Un cas de syphilides papulo-érosives hypertrophiques des conduits auditifs externes. — Bull. méd. du nord. Lille, XXIV, p. 392—400.

**Öhman.** Tvenne fall af visceral syfilis. — Finska läkare sällsk. Handlingar. Helsingfors, 1884, XXVI, p. 270—272.

**Ohmann-Dumesnil** A. H. Syphilitic tubercles of meatus and urethra. — Journ. of cutan. and vener. diseases. New-York, III, p. 177.

**Oppenheim.** Sur l'étiologie du tabes. — Arch. de neurolog. Paris, IX, p. 428—435.

**Panas.** Du traitement de la rétinite syphilitique. — Union méd. Paris, 3 Sér., XL, p. 397—402.

**Paul** F. T. Syphilitic stenosis of larynx. — Liverpool med.-chir. Journ. V, p. 474.

**Payne** J. F. Pruritus in tabes dorsalis. — St. Thomas Hosp. Report. 1883. London, 1884, XIII, p. 319.

**Peck** E. S. Double gumma of iris, and its early manifestation. — Journ. of cutan. and vener. diseases. New-York, III, p. 202.

**Perry** A. Early syphilitic epidididymitis — British med. Journ. London, II, p. 153.

**Petrone** A. Su di un caso alterazioni luetiche delle arterie cerebelli; presenza di microbii nelle partie lese. — Resoc. Accad. med.-chir. di Napoli 1884, XXXVIII, p. 246—258 und 1 Taf.

**Pfungen** Robert v. Malacie im Hirnschenkel. Lues. — Wiener med. Blätter, VIII, p. 1122.

**Pignot** A. Purpura dans le cours d'une syphilis secondaire. — France méd. Paris, 1884, II, p. 1673—1675.

**Platt** W. B. Caries of the clavicle, sternum and first rib in syphilitic individual who died of tuberculosis. — Maryland med. Journ. Baltimore 1884—85, XII, p. 496.

**Pomeroy** O. D. A case of papulo-tubercular affection of the drum membrane in a subject of hereditary syphilis. — New-York med. Journ. XLI, p. 435—437.

**Pontoppidan** E. Pa hvilket tidspunkt bliver syfilis constitutionnel? — Nord. med. Arkiv. Stockholm, XVIII, Nr. 6, p. 6—11.

**Pontoppidan** E. A quel moment la syphilis devientielle constitutionelle? — Annales de dermat. et syph. Paris, 2 Sér., VI, p. 193—199.

**Pontoppidan** E. When does syphilis become constitutional? — Med. Bulletin. Philadelphia, VII, p. 138—142.

**Porter** W. H. Observations on phthisis and pneumonia in their relation to syphilis; a study of one hundred cases in which these affections were associated. — Quart. Bull. Clin. Soc. New-York Post. Grad. med. School and Hosp. New-York, 1885—86, I, p. 3—16 u. 1 Taf.; New-York med. Journ. XLII, p. 114—120.

**Poupon.** Dermatide exfoliatrice chez une syphilitique. — France méd. Paris, 1884, II, p. 1733—1738.

**Priestley** W. O. Chronic papillary inflammation of the vulva. — Transactions of the Obstetr. Soc. of London, (1884) 1885, XXVI, p. 156 u. 1 Taf.

**Quédillac.** De l'ictère syphilitique secondaire. — Paris méd. X, p. 109—111.

**Raymond** F. Tabes dorsalis. — Dictionn. encyclop. d. sc. méd. Paris, 3 Sér. XV, p. 288—416.

**Reale** E. Un caso di epilessia parziale di origine sifilitica. — Rivista clin. e terap. Napoli, VII, p. 213—216.

**Reclus** P. Molluscums fibreux et syphilome de la régions ano-rectale. — Arch. générales de méd. Paris, II, p. 271—282.

**Reinhard** C. Beitrag zur Aetiologie der allgemeinen progressiven Paralyse der Irren, mit besonderer Berücksichtigung des Einflusses der Syphilis. — Allgem. Zeitschr. f. Psychiat. Berlin, XLI, p. 532—553.

**Remak** B. Drei Fälle von Tabes im Kindesalter. — Berliner klin. Wochenschr. XXII, p. 105—108.





**Renaut.** Les accidents parasyphilitiques, à propos d'un cas de pseudorhumatisme infectieux parasyphilitique. — Annales de dermat. et syph. Paris, 2 Sér. VI, p. 565—574.

**Raoult** A. Paralysie labio-glosso-laryngée d'origine syphilitique. — Ebenda p. 505—507.

**Robinson** T. On the early symptoms and cause of syphilis. — Transactions of the Willan Soc. (1883—84), London, 1885, I, p. 80—91.

**Romalo** Edouard. Contribution à l'étude de la syphilide pigmentaire, particulièrement chez l'homme. Thèse. Paris, 4°, p. 36.

**Rousseau** E. Lypémanie compliquée d'une triple diathèse; sommaire; prédisposition héréditaire; mauvais traitements; syphilis; atrophie papillaire; paralysies motrices et sensorielles; lypémanie, lésions syphilitiques, cancéreuses et tuberculeuses. — Bulletin de la Soc. méd. de l'Yonne 1884. Auxerre, 1885, XXV, p. 57—65.

**Royero** F. Laringitis sifilitica; necrosis del cartilago cricoides; traqueotomia frustada. — Crónica méd.-quir. de la Habana, XI, p. 358—361.

**Rumpf** T. Ueber Gehirn- und Rückenmarksyphilis. — Arch. f. Psychiatr. Berlin, XVI, p. 410—441.

**Rumpf** T. Ueber syphilitische Hemiplegien und Monoplegien. — Deutsche med. Wochenschr. Berlin, XI, p. 749—751.

**Soler y Buscallá** J. Sifilis conyugal. — Revista de cien. méd. Barcelona, XI, pp. 415, 455, 488.

**Stelwagon** H. W. A case of late cutaneous syphilis (acne like syphiloderm of the nose), illustrating the occasional necessity of large doses of potassium iodide. — Med. News. Philadelphia, XLVI, p. 712.

**Stieffel** Alfred. De l'influence de la syphilis sur l'éclosion et sur l'évolution de la tuberculose. Thèse. Nancy, 1884, 4°, p. 106.

**Stirling** R. A. The local treatment of syphilitic affections of the mouth. — Australas. med. Journ. Melbourne. N. S. VII, p. 158—161.

**Sturgis** F. R. Syphilis. — New-York. med. Journ. XLII, p. 120—123.

**Suckling** C. W. Acute hemilateral myelitis due to syphilis. — Birmingham med. Review. XVII, p. 49—53.

**Singer** J. Ueber einige Fälle von geheilter Rückenmarks-Erkrankung. — Med.-chir. Centralbl. Wien, XX, pp. 291, 303, 314, 326.

**Siredey.** Syphilis cérébrale (syphilis ignorée) simulant la méningite tuberculeuse. — France méd. Paris, II, p. 1502—1504.

**Shuldham** E. B. Chronic sore throat; or follicular disease of the pharynx, its local and constitutional treatment; with a special chapter on hygiene of the voice. Chicago, 12°.

**Sée** Germain. Diseases of the lungs (of a specific non tuberculous nature). Acute bronchitis; infectious pneumonia, gangrene, syphilis, cancer and hydatid of the lungs. Translatad by E. O. Hurd, with appendices by Geo. M. Sternberg, Dujardin-Beaumetz. New-York, 8°, p. 423.



**Semon** F. Gumma of the trachea. — St. Thomas Hosp. Report, 1883, London, 1884, N. S. XIII, p. 171—174.

**Schadek** K. Zur Pigment-Syphilis. Leukodermia syphiliticum. Mockba, 8°, p. 19. Russisch.

**Schadek** Karl. Casuistische Mittheilungen aus der Universitätsklinik für Dermatologie und Syphilis des Prof. Dr. Stukowenkow in Kijew. (Ein Fall von Leukodermia syphiliticum.) St. Petersburg, 8°, p. 16. Aus St. Petersburger med. Wochenschr. Nr. 43.

**Schadek** K. Zur Casuistik der Epidididymitis syphilitica. Kiew, 8°, p. 13. Russisch.

**Schmit.** Rectite simulant un cancer du rectum; quels que soient les symptômes observés pour pouvoir porter le diagnostic de syphilome ou d'épithéliome rectal, il faut avoir constaté et touché une tumeur. — Revue de thérap. méd.-chir. Paris, XXXIII, p. 152.

**Schnitzler** J. Verwachsung der Stimmbänder. — Wiener med. Blätter. VIII, p. 1439.

**Schultze.** Herr Prof. Adamkiewicz und die Tabes dorsalis. — Neurolog. Centralbl. Leipzig, IV, p. 241—244.

**Schuman-Leclercq.** Ueber einen Fall von selbstständiger syphilitischer Ulceration der Trachea und der Bronchien. — Prager med. Wochenschr. X, p. 32.

**Sainton** Rod. Contribution à l'étude de la syphilis pigmentaire primitive. Thèse, Nancy, 1884, 4°, p. 58 u. 1 Taf.

**Taylor** R. W. On the pigmentary syphilide. — Journ. of cutan. and vener. diseases. New-York, III, q. 97—100 u. 1 Taf.

**Terrillon.** Maux perforants multiples et troubles trophiques divers de la main, consécutifs à un tabes dorsalis d'origine syphilitique. — Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris, N. S. XI, p. 408—412.

**Tuffier.** Sur l'induration des corps caverneux. — Annales d. mal. d. org. génito-urin. Paris, III, p. 474—500.

**Vidal** E. C. A case of erythema nodosum complicated with syphilis. — Journ. of cutan. and vener. diseases. New-York, III, p. 68—70.

**Voigt.** Zur Aetiologie und Symptomatologie der Tabes. — Centralbl. für Nervenheilk. Leipzig, VII, p. 169—181.

**Wagner** C. Diseases of the nose. New-York 1884, 8°.

**Walzer,** Le R. P. A case of gumma of the conjunctiva. — Med. Record. New-York, XXVIII, p. 513.

**Wallmark.** Hepatitis interstitialis syphilitica; cancer ventriculi cum peritoniti; degeneratio amyloidea lienis et renum. — Hygiea. Stockholm, XLVIII, p. 97—99.

**Wilson** F. M. The aural history of a syphilitic family. — Arch. of Otolog. New-York, XIV, p. 27—30.

**Weakes** S. Syphilis as a factor in ear disease. British med. Journ. London, II. p. 642—644.





**Wright** J. W. Lectures on disease of the rectum. New-York 1884, 8°.

**Young** R. S. Syphilitic hepatitis. — North Carolina med. Journ. Wilmington. XV, p. 359.

**Zeissl** M. v. Ueber die Erkrankung der Brustdrüse in Folge von Syphilis. — Allgem. Wiener med. Zeitung. XXX, pp. 73, 82.

**Zenner.** Cerebral syphilis. — Cincinnati Lancet and Clinic. N. S. XIV, p. 459—461.

**Zinsmeister** O. Status epilepticus im secundären Stadium der Syphilis. — Wiener med. Wochenschr. XXXV, pp. 1113, 1146.

Syphilitic pneumonia and phthisis; discussion. — Boston med. and surg. Journ. CXII, p. 393—401.

Aetiologie en symptomatologie de tabes. — Geneeskund. Courant, Tiel. XXXIX, Nr. 20—22.

## Congenitale und hereditäre Syphilis.

**Baker** A. W. W. and J. B. **Story.** Hereditary syphilis, dental malformations, and diffuse interstitial keratitis. — Ophthalm. Review. London, IV, p. 321—333.

**Bisserié** F. Iritis hérédo-syphilitique (gommes iriennes) chez un enfant de six mois. — Annales méd.-chir. franc. et étrang. Paris, I, p. 202 bis 204.

**Bruce.** Case of the late congenita syphilis of the throat; treatment with mercury and rectal alimentation; cure; remarks. — Lancet. London, I, p. 613.

**Campana** R. Cura della sifilide ereditaria nei bambini lattanti. — Salute: Italia med. Genova, XIX, p. 196—208.

**Chiari** H. Ueber einen durch die seltene Localisation der syphilitischen Organerkrankungen ausgezeichneten Fall von Luës hereditaria. — Wiener med. Wochenschr. XXXV, p. 1412.

**Dumas** A. Documents sur l'hérédo-syphilis au point de vue de la mortalité infantile. — Montpellier méd. 2 Sér. IV, p. 299—310.

**Duzea** R. Sur un cas de syphilis probablement héréditaire; lésions osseuses et viscérales. — Lyon méd. XLIX, p. 228—234.

**Felotov** A. A. Die gegenwärtigen Anschauungen über die hereditäre Syphilis. — Med. pribav. k. morsk. sborniku. St. Petersburg, pp. 197—205, 360—383.

**Florkiewicz** W. Trzy przypadki powiklanego przymiotu spóznionego. (Syphilis tarda). — Medycyna. Warszawa, XIII, pp. 137, 160.

**Fournier** A. Deux nouvelles observations pour servir à l'histoire de la syphilis héréditaire dans ses manifestations sur l'appareil auditif. — Annales de dermat. et syph. Paris, 2 Sér. VI, p. 148—181.

**Fournier** A. Influence de la syphilis sur la mortalité infantile. — Ebenda p. 296—304.



**Fournier** A. De l'expertise médico-légale relative à la transmission de la syphilis d'un nourrisson à la nourrice. — Gaz. des hôpitaux. Paris, LVIII, pp. 530, 570, 594, 641, 657, 681; Journ. de méd. et chir. prat. Paris, LVI, p. 398—405.

**Gaudichier** H. Deux observations pour servir à l'étude de la loi de Colles. — Annales de dermat. et syph. Paris, 2 Sér. VI, p. 90—92.

**Graham** J. E. A case of tuberculo-ulcerative syphilide of hereditary origin. — Journ. of cutan. and vener. diseases. New-York, III, pp. 289—293, 298—300; Med. News. Philadelphia, XLVII, p. 274.

**Jamieson** A. Bell's paralysis due to syphilis inherited. — Transact. of the med.-chir. Soc. of Edinburgh, N. S. IV, p. 104.

**Kassowitz** M. Die normale Ossification und die Erkrankungen des Knochensystems bei Rachitis und hereditärer Syphilis. Zweiter Theil. Rachitis. — Med. Jahrb. Wien, 1884, XIV, p. 461—595. — Sonderdruck: Wien, 1885, 8°, p. 154.

**Mackenzie** J. N. A contribution to the study of congenital syphilis. — Transact. of the laryngol. Associat. New-York, 1884, VI, p. 12—22.

**Marchiafava** E. Sopra alcune alterazioni dei reni nella sifilide ereditaria. — Arch. per le sc. med. Torino, 1884—85, VIII, p. 359—364 und 1 Tafel.

**Mijnlieff** A. En geval van syfilis-infectie in utero. — Nederlandsch Tijdschrift v. Geneesk. Amsterdam, XXI, p. 442—446.

**Neumann** I. Klinische Studien zur Lehre der congenitalen Syphilis. — Med. Jahrbücher. Wien, XV, p. 287—347.

**Neumann** I. Ueber die postconceptionelle Syphilis; geht die während der Schwangerschaft acquirirte Syphilis der Mutter auf das Kind über? — Wiener med. Presse. XXVI, pp. 925, 957.

**Pipping.** Cerebral affection beroende pa hereditar syfilis. — Finska läkare sällskab. Handlingar. Helsingfors, 1884, XXXVI, p. 394.

**Pomeroy** O. D. A case of papulo-tubercular affection of the drum membrane in a subject of hereditary syphilis. — New-York med. Journ. XLI, p. 435—437.

**Reynolds** D. S. Dacro-cystitis and ulceration of the soft palate; can syphilis be acquired by the subject of an inherited taint? — Philadelphia med. Times. 1884—85, XV, p. 637.

**Robinson** T. Inherited syphilitic disease of the bones of the lower extremities. — Transact. of the Willan Soc. (1883—84). London, 1885, I, p. 64—66.

**Schoetz** P. Zur Casuistik der Larynxsyphilis bei Kindern. — Deutsche med. Wochenschrift, Berlin, XI, p. 621—624.

**Seibert** A. Endarteriitis syphilitica cerebri bei einem 20monatlichen hereditär luetischen Kinde. — Jahrbuch f. Kinderheilk. Leipzig, 1884—85, N. F. XXII, p. 333—339.





**Startin** J. Congenital syphilodermata; hereditary syphilis eruptions of the skin in early life. — Transact. of the Willan Soc. (1883—84). London, 1885, I, p. 23—32.

**Thiry.** De la syphilis pendant la vie intra-utérine; un enfant peut-il n'être pas infecté quoique son père et sa mère soient syphilitiques. — Presse méd. belge. Bruxelles, XXXVIII, p. 65—68.

**Tissier** L. Syphilis héréditaire; lésions du foie; lésions de la rate; ostéomalacie. — Annales de dermat. et syph. Paris, 2 Sér. VI, p. 207—218.

**Tissier** L. Gros foie; grosse rate; ostéomalacie; syphilis héréditaire. — Progrès méd. Paris, 2 Sér. I, p. 351—354; II, p. 102.

**Tood.** Congenital papillomata of the larynx. — St. Louis Courier of med. XIII, p. 267.

**Trousseau** A. Iritis hérédo-syphilitique chez une enfant de six moix. — Annales de dermat. et syph. Paris, 2 Sér. VI, p. 415—420.

**Watson** S. On a case of tubercular gumma in a child aged six years, whose history pointed to inherited syphilis. — Lancet. London, I, p. 1085.

**White** J. W. Hereditary syphilis. — System. Pract. Med. (Pepper). Philadelphia, II, p. 254—317.

**Zeissl** M. v. Ueber Lues hereditaria tarda. — Wiener Klinik. Hft. 7, p. 181—215.

## Prophylaxis und Therapie.

**Aramendia.** Debe reglementarse la prostitucion? — Clinica. Zaragoza, IX. pp. 145, 169, 193, 217, 241, 385.

**Arcari** A. L'joduro di jodio per uso ipodermico. — Gazz. med. ital. Lombard. Milano, 8 Ser. VII, p. 103—109.

**Bassols** Prim, A. Alteraciones de la voz en las prostitutas. — Gac. méd. catal. Barcelona, VIII, p. 264—269.

**Berck** Armand. Quelques aperçus sur la prostitution au point de vue social, économique et moral. Paris, 8°, p. 35.

**Bernard** A. Notes on the treatment of secondary syphilis. — Med. Press and Circular. London, N. S. XXXIX, p. 281; Liverpool med.-chir. Journ. V, p. 405—415.

**Bertherand** A. De la supériorité du mercure sur l'iodure de potassium dans le traitement des manifestations éloignées de la syphilis. — Gaz. méd. de l'Algérie. Alger, XXX, p. 118—121.

**Bidenkap.** Nogle Bemaerkninger om Anvendelse af Sarsaparille og Jod i Syfilis. — Norsk Magazin for Laegevidenskaben. Christiania, XV, p. 533—537.

**Bockhart** M. Blutserum-Quecksilber, ein neues Präparat zur Injectionsbehandlung der Syphilis; ein Beitrag zur Injectionstherapie der Syphilis. — Monatsh. f. prakt. Dermat. Hamburg, IV, p. 141—155.

**Bono** G. B. La cocaina nella terapia delle malattie veneree e della pelle. — Gazz. de clinic. Torino, XXI, pp. 1, 18, 38.



**Calvet Nava** J. Apuntes sobre la prostitución de Barcelona; difficultades en el diagnóstico del chancro simple y del sifilitico y frecuencia relativa de uno y otro. — Gac. méd. catal. Barcelona, VIII, p. 293—300.

**Cameron** A. H. F. On the treatment of certain forms of syphilis. — Liverpool med.-chir. Journ. V, p. 448—452.

**Colin** L. Prostitution et syphilis. — Revue san. de Bordeaux. 1884—85, II, p. 161—165.

**Costa** C. La traumaticina in alcuni morbi dermosifilopatici. — Salute: Italia med. Genova, XIX, p. 109—115.

**Descroizilles.** Eczema hydrargyque, coïncidant avec une stomatite de même nature et observé chez un jeune garçon à la suite des frictions faites avec l'onguent napolitain. — France méd. Paris, I, p. 447—451.

**Desprez** A. Nouvelles recherches sur l'élimination de l'iodure de potassium par les urines. Thèse. Lyon, 1884, 4°, p. 59.

**Dubromelle** Narcisse. Contribution à l'étude du traitement local des accidents cutanées de la syphilis. Thèse. Paris, 4°, p. 46.

**Ehrlich** P. Ueber Wesen und Behandlung des Jodismus. — Charité-Annalen (1883), Berlin, 1885, X, p. 129—135.

**Fisher** F. F. (Allgemeine Theorie über die Wirkung des Quecksilbers im Verlauf und in den Anfällen der Syphilis.) — Vrach, St. Petersburg, VI, pp. 442, 495, 509.

**Fleischer** R. Ueber die Veränderungen verschiedener Quecksilberverbindungen im thierischen Organismus. — Deutsche med. Wochenschr. Berlin, XI, p. 620.

**Fokker** A. P. De prostitutie. — Nederlandsch Tijdschrift v. Geneesk. Amsterdam, XXI, p. 309—312.

**Gaillard** L. Action du mercure sur le sang chez les syphilitiques et les anémiques. — Compt. rend. de la Soc. de biolog. Paris, 8 Sér. II, p. 395—398; Arch. générales de méd. Paris, II, p. 527—553.

**Gamberini** P. Ventesimoterzo rapporto politico-amministrativo-clinico della prostituzione in Bologna. — Giornale ital. d. mal. veneree. Milano, XXVI, p. 65—74.

**Görges** F. Ueber den heutigen Stand der Syphilisbehandlung. — Veröffentl. d. Gesellsch. f. Heilk. in Berlin (1884) 1885, p. 175—201.

**Grünfeld** Jos, Antimercurialismus. — Real-Encyclop. der ges. Heilkunde. II. Aufl. Wien u. Leipzig, I, p. 503—508.

**Grünfeld** Jos. Condom. — Ebenda, IV, p. 431—433.

**Grünfeld** Jos. Die Localbehandlung bei Syphilisformen. — Wiener Klinik, XI, p. 61—91.

**Güntz** J. E. Ueber den Nutzen der Chromwasser-Behandlung in einem Falle von Syphilis maligna. — Memorabilien, Heilbronn, N. F. V. p. 73—84.

**Güntz** J. Edmund. Ueber Erkrankung der Nieren bei Quecksilbercuren. — Ebenda. p. 385—403.





**Hallopeau.** Sur deux manifestations rares de l'iodisme. — Bull. et Mém. de la Soc. de thérap. Paris, 2 Sér. XII, p. 80—85; Union méd. Paris, 3 Sér. XXXIX, p. 1078—1081.

**Hardaway** W. A. The radical treatment of syphilis. — New-York med. Journ. XLII, p. 350.

**Haworth** C. E. The subjudice in syphilis. Inaugural-Thesis. — Columbus med. Journ. 1884—85, III, p. 483—492.

**Hepp** P. Ueber Quecksilberäthyl. — Centralbl. f. klin. Med. Leipzig, VI, p. 665.

**Jacob** J. Heilbarkeit und Behandlung der Tabes dorsalis. — Veröffentl. d. Gesellsch. f. Heilk. in Berlin. Balneol. Sect. VII. p. 35—55.

**Jones** T. Hyperdomic or subcutaneous medication. — British med. Journ. London, II, p. 581—587.

**Kersch** S. Beobachtungen und Untersuchungen über Wirkung und Anwendung der in der Therapie gebräuchlichen Jodpräparate am Krankenbette. — Memorabilien. Heilbronn, 1884, N. F. IV, p. 519—525.

**Köbner.** Ueber die therapeutische Verwerthung der localen antisyphilitischen Wirkung des Quecksilbers. — Med. chir. Centralbl. Wien, XX, p. 362.

**Kogan** E. (Ueber die Syphilis in dem District von Menselinsk und einen Vorschlag zur Unterdrückung dieser Krankheit.) — Vestnik sudeb. med. etc. St. Petersburg, I, part. 3, p. 22—36; II, p. 36—57.

**Kooperberg.** Eenige resultaten van de „Verondening op de publieke vrouwen en de huizen van ontucht te Leeuwarden. — Nederl. Tijdschrift v. Geneesk. Amsterdam, XXI, p. 293—296.

**Kroenig** G. Sulfanylsäure bei Jodismus. — Charité-Annalen (1883). Berlin. 1885, X, p. 177—182.

**Leblond.** Du tannate de mercure dans le traitement de la syphilis. — Gaz. hebdomad. de méd. Paris, 2 Sér. XXII, p. 389—391.

**Lubimov** P. A. (Vortheile und Nachtheile der Localbehandlung der Syphilis.) — Protok. zasaid. Kavkazsk med. obsh. Tiflis, XXI, p. 447—456.

**Maestre** D. Melidas que deben aconsejarse á las autoridados para evitar la propagación de la sifilis. — Bol. di higien. San Fernando, 1884—85, II. pp. 410, 430 u. 1 Tab.

**Maglioni** L. C. Tratamiento abortivo de la sifilis. — Revista méd. de Chile, 1884—85, XIII, p. 449—455.

**Mammoli** T. La prostituzione considerata nei suoi rapporti colla storia, la famiglia e la società. Milano, 8°.

**Martineau** L. La prostitution clandestine. Paris, 8°, p. 216.

**Mordhorst** C. Ueber die Vortheile der Behandlung der Syphilis und ihrer häufigsten Complicationen in Curorten. — Berliner klin. Wochenschrift. XXII, pp. 422, 438, 454.

**Munnich** A. J. Over Kwikbehandeling bij lues, in het bizonder met subcutane injecties. — Nederlandsch Tijdschrift v. Geneesk. Amsterdam, XXI, pp. 777, 797.



**Neumann** I. Ueber Abortivbehandlung der Syphilis durch Exstirpation der Sklerose und Inguinaldrüsen. — Wiener med. Blätter. VIII, pp. 609, 641, 678.

**Nyström** A. Om äktenskapet, pauperismen och prostitutionen. En medicinisk-social undersökning. Stockholm, 8°.

**Ohmann-Dumesnil** A. H. The importance of local mercurial treatment in syphilis. — St. Louis med. and surg. Journ. XLVIII, p. 456—460.

**Ohmann-Dumesnil** A. H. When is the proper time to institute specific treatment in syphilis. — Ebenda XLIX, p. 14—18.

**Pelman** C. Ueber die Stellung des Staates zur Prostitution. — Centralbl. f. allg. Gesundheitspfl. Bonn, IV, p. 181—199.

**Petersen** O. Die Antiseptik auf dem Gebiete der venerischen Krankheiten. — Deutsche Med.-Zeitg. Berlin, I. p. 517—519.

**Reumont** A. Die Behandlung der Syphilis in den Bädern von Aachen und Burtscheid. Aachen, 8°, p. 22.

**Rumpf** T. Die Behandlung der Tabes. — Centralbl. f. Nervenheilk. Leipzig, VIII, p. 457.

**Schoondermark** J. jr. Eenige nieuwere antivenerische en antisyfilitische middelen. — Geneesk. Courant. Fiel, XXXIX, Nr. 5.

**Schütz** J. Ueber Quecksilberchloridharnstoff, ein neues Antisyphiliticum. — Deutsche med. Wochenschr. Berlin, IX, p. 215—217.

**Schwimmer** E. A bujakóros bántalmak gyogykezelésének mai állása. (Der gegenwärtige Standpunkt in der Therapie der Syphilis.) — Orvosi hetilap Budapest, XXIX, pp. 669—678, 1129—1157.

**Settier** A. Tratamiento de la sifilis por medio de las inyecciones hipodermicos de peptona mercurico-amonical. — Siglo méd. Madrid, XXXII, p. 389—391.

**Shoemaker** J. V. The treatment of diseases by the hypodermic injections of oils. — Journ. of the Americ. med. Associat. Chigaco, V, p. 229 bis 231.

**Shperk** E. (Theorie und Statistik über Krankheit und Tod, welche durch die Prostitution und die Syphilis verursacht werden.) — Vestnik sudeb. med. etc. St. Petersburg, I, part 3. p. 1—21, II, p. 1—36.

**Smirnov** A. (Verbreitung der Syphilis im Wladimir-Gouvernement.) — Russk. Med. Voskresensk, p. 57—59.

**Soffiantini** G. La cura della sifilide constituzionale secondo il processo di Smirnoff. — Giornale ital. d. mal. veneree. Milano, XX, p. 12—25.

**Spillmann** P. Le savon mercuriel comme succédané de l'onguent napolitain. — Annales de dermat. et syph. Paris, 2 Sér., VI, p. 496.

**Truillet** J. M. Sifilis maligna; intoxicación mercurial y su curacion por les baños eléctricos. — Revista de med. y chirurg. pract. Madrid, XVII, p. 337—343.

**Varenne de la**. Action thérapeutique des eaux de Luchon dans la syphilis. — Annales de la Soc. d'hydrolog. méd. de Paris. XXX, p. 144—151.



**Verdos y Mauri** P. Relaciones entre el contagio de las enfermedades venéreas y la prostitución. — Gac. méd. catal. Barcelona, VIII, p. 132—135.

**Wehner.** Bad Brückenau bei Erkrankungen der Harnorgane. — Aerztl. Intell.-Blatt. München, XXXII, p. 141—143.

**Wood** C. A. The question of prostitution and its relations of the public health. — Canada med. Record. Montreal, 1885—86, XIV, p. 289—300.

Zur Regelung der Prostitution. — Wiener medicin. Wochenschr. XXXV. p. 1023.

Extension progressive des affections vénériennes à Paris. — Gaz. des hôpitaux. Paris, LVIII, p. 193.

Il farmaco antisifilitico del Pollini (acque e polveri): annotazioni cliniche raccolte nel gabinetto medico della casa Gasperini-Pollini. IIIa ediz. Milano, 16°.

C. Ueberreuter'sche Buchdruckerei (M. Salzer). — 1583/86.



H. Auspitz's Nachlass: Erster Fall.

Lith. Anst. v. Th. Bannwarth, Wien

Vierteljahresschrift f. Dermatologie u. Syphilis, Jahrg. 188



Auspitz's Nachlass: Zweiter ...

Lith. Anst. v. Th. Bannwarth, Wien

Viertel

Taf. XIV.





# Originalabhandlungen.

---





# Lichen ruber moniliformis — Korallenschnurartiger Lichen ruber.

Von

Prof. **M. Kaposi** in Wien.

(Hiezu Tafel XVIII, XIX, XX und XXI.)

---

Die wie oben von mir benannte und im Folgenden zu beschreibende Form von Hauterkrankung dürfte wohl ein Unicum in der Pathologie vorstellen. Träger derselben ist ein 45 Jahre alter Mann, S. J., Taglöhner aus Galizien, der am 28. April 1886 in meiner Ordination erschien, am 30. April auf meine Klinik aufgenommen wurde und am 10. August d. J. dieselbe in gebessertem Zustande verliess[1]).

Ueber die Dauer und über die Art der Entwicklung seines Leidens vermochte der Patient keine genaue Angaben zu machen. Er meinte, dass dasselbe an 15 Jahren bestehen mag und an den gegenwärtig noch zumeist erkrankt sich erweisenden Stellen, am Halse, an der Schulter und Ellbogengegend, in der Kniekehle zugleich, oder bald hintereinander entstanden sei und vom Anfange an und bis heute den gleichen Charakter dargeboten habe.

Bei der Aufnahme ward folgender Status verzeichnet:

Körper mittelgross, schlecht genährt, Kopfhaar und Iris braun, Augenbrauen buschig, Bart dunkelbraun, grau melirt. Die allgemeine Decke, so weit sie von der Erkrankung verschont erscheint, normal

[1]) Der Kranke ist durch mich in der Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien vom 4. Juni d. J. vorgestellt worden. Bericht in der Wr. Med. Wochenschrift Nr. 25. 1886. K.





gefärbt und beschaffen; Hauttemperatur und Secretion normal, ebenso die inneren Organe und die allgemeinen Functionen.

Der Kranke klagt über allgemeine Schwäche, hat aber gute Esslust und scheint nur unter der Wirkung schlechter Nahrungsverhältnisse etwas herunter gekommen.

Die Hauterkrankung stellt sich unter folgendem Bilde dar:

Man sieht (Taf. XVIII) an vielen Körperstellen und im Allgemeinen symmetrisch an beiden Körperhälften, vorwiegend über die Gelenksbeugen hinwegstreichend und da am dichtesten an einander gedrängte, vorwiegend in der Richtung der Längsachse des Körpers laufende rothe, glänzende, schnur- und strangartig vorspringende, hypertrophischen Verbrennungsnarben, oder Keloiden ähnliche Stränge. Ihr Hauptsitz sind Hals und Nacken, welche ringsum von denselben eingeschlossen erscheinen; die vordere Achsel-Schultergegend, von wo ausgehend zahlreiche Stränge über die vordere Oberarmfläche und die Ellenbeuge hinweg bis zur Grenze des oberen Vorderarmdrittels reichen, hier meist scharf und verschmächtigt absetzend; der Unterleib, die Leisten- und angrenzende innere Oberschenkelgegend, an welch letzterer die Stränge meist quer verlaufen. Eben solche Stränge ziehen an der Rückseite des Körpers über die hintere Achselgegend, von den Nates über die Backenfalten und vom unteren Drittel des Oberschenkels bis zur Grenze des oberen Unterschenkeldrittels über die Kniekehle hinweg. Im Allgemeinen laufen die Stränge mit ihrer Hauptrichtung parallel zur Längsachse des Stammes und der Extremitäten, convergiren jedoch in der Gelenksbeuge und divergiren etwas gegen ihre oberhalb und unterhalb der Gelenksbeugen im ersten Drittel der zugehörigen Gliedmassen gelegenen Anfangs- und Endpunkte. Die langen und mächtigen Längsstränge sind weiters durch quer- und schieflaufende Seitenstränge und Fäden vielfach untereinander verbunden, derart engere und weitere rhombische Maschen zwischen sich fassend. Hals und Nacken sind ringsum von einem derartigen ziemlich engmaschigen Geflechte, gleich einer genetzten Cravatte eingeschlossen, deren gröbere Schnüre von der Nacken- und Unterkiefergrenze zur oberen Schulter- und Clavicularregion ziehen.

Am Unterleibe sind die Stränge 6—12 Ctm. lang, fadenförmig bis rabenfederkieldick, meist vereinzelt, stellenweise zu weiten Rhom-





ben gekreuzt, manche dendritisch verzweigt und gekrümmt. An der inneren Oberschenkelfläche laufen die meisten quer. Auch die Raphe scroti durchzieht ein einziger dicker Strang der ganzen Ausdehnung nach, kleinere finden sich in der rechten Hälfte des Hodensackes.

Die Stränge beginnen durchwegs an den peripheren Enden als fadenförmige, flache Leistchen, verdicken sich und springen zugleich mehr vor, je mehr sie den Convergenzcentren, wie z. B. im Ellbogenbug sich nähern und bilden hier bis 1 Ctm. dicke, walzenförmige Wülste. Ihre Farbe ist hell- bis rosenroth, mit gelblichem, wachsartigem Schimmer am obersten First, glänzend, korallenähnlich. Ihre Oberfläche ist durchwegs glatt, glänzend, nicht schilfernd; ihre Consistenz sehr derb. Gegen Druck sind sie empfindlich. Ihrer ganzen Länge nach sind die einzelnen Stränge weiters in regelmässigen, an den peripheren Theilen kürzeren, in den centralen, den dickeren Antheilen angehörigen, weiter von einander entfernten Abständen durch Querfurchen tief eingekerbt, so dass jeder Strang aus kürzeren und längeren aneinandergereihten rundlichen oder walzenförmigen Stücken zusammengesetzt scheint, welche im dicksten Antheile des Stranges kleinkirschengross erscheinen. Die Kerben dringen aber an den dicken Stellen nur durch den obersten Theil des Stranges, während dessen tiefere Partien nach Ansehen und Anfühlen in Continuität begriffen sind. An den peripheren, flachen, fadenförmigen Theilen des Stranges aber sind die Kerbe durchgreifend und die Knötchen demnach von einander getrennt und einfach an einander gereiht. Jeder einzelne Strang hat demnach eine sehr grosse Aehnlichkeit mit einer Korallenschnur von mittleren, grössten und gegen die Enden zu verjüngten Perlen, welche Aehnlichkeit noch erhöht wird durch die erwähnte blassrothe und gelb-wachsartig glänzende Farbe.

Ein zweites sofort auffälliges Vorkommniss an der Haut des Kranken sind zahlreiche punktförmige, mohnkorn- bis stecknadelkopfgrosse und etwas grössere, braunrothe bis dunkelbraune flache Knötchen, die in grösserer Menge in den von den Strangfäden umschriebenen Maschenfeldern, sowie namentlich zwischen den Ausläufern der Strangbündel und in deren nächster Umgebung die sonst normal gefärbte und beschaffene Haut occupiren. Die Knötchen sind durchaus rundlich, polygonal, facettirt, sehr derb, flach erhaben, am Begrenzungssaume braunroth, an der Fläche schmutzig gelbbraun, wachsartig und glänzend und zeigen in der Mehrheit in der Mitte der



Fläche ein punktförmiges, wie mit der Nadelspitze ausgegrabenes Grübchen. Die Knötchen sind disseminirt, dicht gedrängt oder in Kreissegmenten und Kreisen, meist aber in langen Linien an einandergereiht, die insbesondere an den Stranggrenzen in die Richtung der Stranglinien selbst fallen. An noch anderen Stellen sind die Knötchen zu kleinen, über linsengrossen dichten Plaques an einander gedrängt. Ihre grösste Menge findet sich in den Zwischenräumen und in der Umgebung der an der Achsel-, Schulter-, Nackenregion und an der Beuge der Vorderarme auslaufenden und beginnenden Stränge, demnächst auf der oberen Brustgegend und am Unterleibe.

Die dritte auffällige Erscheinung ist punktförmige, kleinfleckige und stellenweise diffuse sepiabraune Pigmentirung der Haut. Erstere findet sich allenthalben untermischt und regionär zusammenfallend mit den geschilderten Knötchen; letztere ad nates und an der Haut der Backenfalten, der hinteren Fläche des Oberschenkels, sowie im ganzen Bereiche der Kniebeugen und der angrenzenden Hinterfläche des Ober- und Unterschenkels.

Die Schleimhaut der seitlichen Wangenpartien mit diffus grauem Epithelbelag versehen.

Berücksichtigen wir die angeführten dreierlei Formen von Erscheinungen an der Haut, so wird es sofort klar werden, dass dieselben trotz ihrer scheinbar grossen Verschiedenheit untereinander doch organisch zusammengehören und nur verschiedene Entwicklungsstufen ein und desselben Processes darstellen.

Das Wesentlichste sind die Knötchen, die Primärformen der Erkrankung. Es bedarf keiner weiteren Begründung dafür, dass dieselben vermöge ihrer beschriebenen, so sehr charakteristischen Merkmale dem Lichen ruber planus angehören.

Ebenso sind die punktförmigen und grösseren, sowie die mehr flächenhaften sepiabraunen Pigmentationen als Residuen der sich involvirenden und involvirten Lichen-Knötchen sehr leicht zu erkennen.

Die geschilderten faden- und walzenförmigen, vorspringenden Stränge sind aber auch ebenso zweifellos aus den Lichen-Knötchen hervorgegangen. Man sieht nämlich überall die charakteristischen Knötchen der gewöhnlichen Form und, wie dies in jedem anderen Falle auch zu sehen, zu Reihen hintereinander gestellt. Auf eine



weitere Strecke hin erscheinen die Knötchen in stetig fortschreitendem Masse grösser, mehr vorspringend, aber noch durch Furchen gesunder Haut von einander getrennt und endlich, aber gegen die Mitte des Stranges hin, zu mächtigen, kirschengrossen Knoten geworden, womit die einzelnen zugleich an ihrer Basis verschmolzen und nur noch in dem oberflächlichen Theile getrennt sind. Damit erklärt sich also auch die in regelmässigen Abständen erscheinende Querfurchung der dicken Strangantheile.

Wir haben es also hier mit einer noch nie beobachteten Form von excessiver Entwicklung des Lichen ruber planus zu thun, die ich als korallenschnurartigen Lichen ruber planus bezeichnen möchte — L. ruber moniliformis.

Excessive Entwicklung der dem Lichen ruber zu Grunde liegenden Gewebsveränderung, welche als dichte Infiltration des obersten Coriums mittelst Zellen und Kernen bekannt ist, kann man in mancherlei Form beobachten. Von der bis zur Confluenz universellen Verbreitung absehend, meine ich die Intensität des Processes. Insbesondere begegnet man mächtiger Infiltration und gleichzeitig schwieliger Epidermisverdickung über den Plaques der Flachhand und Fusssohle, sowie denen der Unterschenkel, Degeneration der Nägel, Ausfallen der Haare u. m. A.

Allein einen Excess in dem Sinne des vorgestellten Falles, dass nämlich die sonst immer klein und glatt bleibenden Knötchen zu grossen Knollen und durch das Anreihen der letzteren zu knotigen Strängen sich entwickeln, hat man noch nie gesehen.

Es ist also noch die Frage zu erörtern, was denn diese Knoten histologisch bedeuten?

Dass sie aus den Knötchen durch das allmälige Anwachsen der letzteren hervorgegangen sind, ist nach dem Krankheitsbilde zweifellos. Man kann ja überall die Stufenleiter der Bildung von den kleinsten zu den grössten verfolgen und die Querfurchen lassen ja auch keine andere Deutung zu, als die der ursprünglichen Grenzlinien.

Allein es wäre noch immer denkbar, dass die Knoten, obgleich aus den Lichen-Knötchen hervorgegangen, consecutive Bildungen darstellen. Sie sind nämlich sehr derb, keloidähnlich und es wäre vielleicht möglich, dass durch die ursprüngliche, dem Lichen-Knötchen angehörende Infiltration angeregt, im Corium



eine diese umschliessende chronische Entzündung mit dem Ausgang in Bindegewebsneubildung entstanden wäre, etwa der Art, wie ich vom Narbenkeloid nachgewiesen habe.

Nun hat die histologische Untersuchung auch der grossen Knoten ergeben, dass sie, wie die kleinsten, aus einer dichten Zellen- und Kerninfiltration der subpapillaren Coriumschichte bestehen, ohne jede Spur einer Organisation und Structur von Bindegewebe. Es finden sich nur Zellen, viele nackte und polymorphe Kerne, biscuitförmig, halbmondförmig, und viele Zellen mit den Erscheinungen der retrograden Metamorphose, gebläht und wachsartig getrübt, gequollen, ziemlich reichlich Riesenzellen. Auch das bei Lichen ruber in reicherem Masse, als bei anderen chronischen Dermatosen beobachtete zapfen- und federbuschartige Auswachsen der äusseren Wurzelscheide ist hier schön zu sehen (vide Taf. XXI).

Auf dem Durchschnitte eines grösseren Knötchens (Taf. XIX) erfüllte dieses Zelleninfiltrat gleichmässig und dicht den ganzen Bereich der subpapillaren und oberen Coriumschichte und grenzte dasselbe sich ziemlich scharf ab gegen das umgebende Gewebe. Den Gefässen der tieferen Gebilde entlang aber, der Talgdrüsen, Knäueldrüsen und deren Ausführungsgang, der Haarpapillen und selbst der Fettläppchen fanden sich überall noch einscheidende Zelleneinlagerungen von gleichem Charakter, wie die des Hauptherdes. In diesem selbst waren die Gefässe zwar nicht spärlich, aber enge, und jedenfalls fehlte jegliches Zeichen einer acut entzündlichen Vascularisation, Gefässausdehnung, ödematösen Durchtränkung und Erweiterung der Lymphräume, so dass das Infiltrat in seiner scharfen seitlichen Begrenzung, seinem Mangel an Succulenz und mit dem eigenthümlichen Ansehen der es constituirenden Zellen, die alle protoplasmaarm, fast nur auf den Kern reducirt scheinen oder, wo das Protoplasma erhalten, dieses fein punktirt und trübe oder wachsartig gequollen zeigten, dass das Infiltrat mit all diesen Eigenschaften mehr an gewisse chronisch entzündliche Neubildungen, denn an das Produkt eines eigentlichen entzündlichen Processes gemahnte.

Die den Knötchen entsprechenden Papillen selbst zeigten nur geringe Zelleninfiltration, was gegenüber der dichten und massigen Infiltration der subpapillaren Coriumschichte allerdings

sehr auffällig war. Zumeist folgten die Zelleneinlagerungen den Gefässen, so dass die fortlaufende Reihe von aus den subpapillaren Gefässen aufsteigenden Papillen-Gefässschlingen durch denselben entsprechende continuirliche schmale Zellenstränge gezeichnet erschienen. An anderen Stellen bezeichnete eine fortlaufende Reihe von geschrumpften, mit Pigmentkörnchen erfüllter Zellen die Richtung enger, vielleicht auch stellenweise verödeter Papillar- und subpapillarer Gefässe.

Das Rete deutlich abgegrenzt gegen die Papillen, über dem Scheiteltheile des Knötcheninfiltrates gleich der Hornschichte verschmächtigt, die entsprechenden Papillen flach und breit, von den früher erwähnten, die Gefässschlinge begleitenden Zell- oder Pigmentsträngen durchzogen, ihr bindegewebiger Antheil zellenarm, engmaschig, die Bündelgrenzen fein contourirt. Den seitlichen Antheilen des Knötchens entsprechend dagegen erschienen die Papillen ungleich und bedeutend verlängert, das Rete wuchernd, die interpapillären Zapfen in schmächtigen, einfachen (nicht verzweigten) Zungen weit ins Corium vorgeschoben. In solchen Regionen sah man auch die früher erwähnten, in konischen und federbuschartigen Formen ausgewachsenen Haarwurzelscheiden. Aber auch diese Wucherungsformen der Retezapfen und der Wurzelscheiden zeigten den Charakter alten Bestandes und trägen Stoffumsatzes und nicht den recenter und lebhafter Wucherung: schmalen intercellularen Saum der Stachelschichte, kleine Kerne der Zellen, wenig solche mit Vacuolen.

Die Erscheinung der früher erwähnten zapfenförmigen Aussprossungen des Rete und des Haarwurzelscheiden-Epithels stimmt ganz und gar mit dem Befunde überein, welcher ursprünglich von Neumann und dann von allen späteren Untersuchern bezüglich des Lichen ruber angegeben worden ist, so dass auch in diesem Punkte die histologische Congruenz der Knötchen unseres Falles mit denen der bekannten Formen von Lichen ruber wohl annehmbar erscheint. Dagegen ist nicht zu verkennen, dass im Uebrigen der histologische Befund der Knötchen unseres Falles sich in wesentlichen Punkten unterscheidet von demjenigen, welcher bis nun bezüglich der Knötchen des Lichen ruber angegeben worden ist.

Sehen wir nämlich ab von der in extremster Weise von Auspitz vertretenen Ansicht, nach welcher die anatomische Grund-



lage und Bedeutung des Lichen ruber-Knötchens in einer Proliferation der Epidermis bestehe und der Process den Keratosen zuzurechnen sei, eine Ansicht, die sich einzig auf die von Hebra hervorgehobene Anhäufung von Epidermis in der Follikelmündung und das von Neumann demonstrirte zapfenförmige Auswachsen der inneren Haarwurzelscheide, im Uebrigen aber nur auf theoretische Erwägungen und Analogie-Schlüsse stützt (Auspitz), so stimmen alle Untersuchungen (Biesiadecki, ich, R. Crocker, Weyl-Köbner, Touton) darin überein, dass eine von den Gefässen der Papillar- und subpapillaren Coriumschichte ausgehende Zelleninfiltration das Primäre und Wesentliche des L. ruber-Knötchens, die Proliferation und Sprossenbildung der Epidermis und das entsprechende Auswachsen der Papillen aber das Secundäre und Consecutive darstellt.

Eine wesentlich scheinende Meinungsverschiedenheit wird nur insoferne laut, als die Einen die Zelleninfiltration in den Papillen und die correspondirende Wucherung des Rete betonen (Biesiadecki, ich), die Anderen Neumann, R. Crocker, Köbner-Weyl) die subpapillare Coriumschichte als die Region der Zelleninfiltration bezeichnen.

Weyl hat meiner Meinung nach das Richtige getroffen, indem er diese Divergenz der Angaben lediglich auf den Umstand zurückführt, dass den verschiedenen Untersuchungen Knötchen verschiedenen Alters und Entwicklungsgrades zu Grunde gelegen waren. Rücksichtlich dieser Verhältnisse glaube ich einiges Thatsächliches vorbringen zu können, was vielleicht zum Verständniss der Verschiedenheiten in dem histologischen Befunde und zur Ausgleichung der Meinungen beitragen könnte.

Ich bin im Besitze von Präparaten primärer Knötchen des gewöhnlichen Lichen ruber planus, in welchen die Zelleninfiltration der Papillen und die correspondirende Proliferation des Rete, mit Grenzvermischung des letzteren über dem dichtesten Infiltrate, in eminenter Weise ausgeprägt ist, während im Bereiche des Stratum vasculare und im Corium nur strichweise, einzelnen Gefässen entlang und diese einscheidend, Zelleneinlagerungen sich vorfinden.

In den von unserem hier vorgeführten Kranken gewonnenen Präparaten gibt es aber auch Stellen, welche eben kleinsten



Knötchen entsprechen, also solchen, wie bei den bisher beobachteten, gewöhnlichen Fällen des L. ruber, an denen ebenfalls die Zelleninfiltration vorwiegend die Papillen betrifft, theils perifolliculare, wobei die Anhäufung des Epithels in der Follikelmündung zugleich ausgesprochen ist, theils Papillenreihen betreffend, die von keiner Follikel-Ausmündung unterbrochen sind.

Demnach ist auch in dem vorliegenden Falle gerade so, wie in den bisherigen Untersuchungen der vulgären Formen von L. ruber, an einzelnen Stellen vorwiegend in der Papillarschicht, an anderen im oberen Corium der Hauptherd der Zelleninfiltration gefunden worden und also auch in diesem wesentlichen Punkte eine Uebereinstimmung der Verhältnisse zu constatiren. Nun bildet aber die Zelleninfiltration zwar die wesentliche anatomische Grundlage des Lichen ruber-Knötchens, allein nicht an und für sich zugleich das Wesen des Processes, d. i. des eigenthümlichen Verlaufes und der Bedeutung der Krankheit.

Diese scheinen mir vielmehr in der Eigenthümlichkeit der retrograden Metamorphose, der Degeneration zu liegen, welche diese Infiltrationszellen und damit zum Theile auch die Elemente des infiltrirten Gewebes, des Rete und des Coriums eingehen. Sie prägt sich aus in der eigenthümlichen wachsartigen Aufblähung und Trübung des Zellprotoplasmas und der nachträglichen Aufsaugung oder Schrumpfung der Zellen und Kerne. Sie mag vielleicht eingeleitet sein durch die Erkrankung der Gefässe, an denen und um welche die Zelleninfiltration stets zunächst beginnt und die, während sie in der Beginnperiode des Processes, wie bei entzündlichen Vorgängen erweitert sind, in den späteren Stadien äusserst verengt, vielleicht auch da und dort verödet erscheinen und letzteres wahrscheinlich, weil ihre Wandelemente, Endothelien, die gleiche wachsartige Quellung und Mortification erfahren.

Weshalb aber gerade diese Art der Degeneration hier eintritt, dies zu beantworten hiesse auch das Wesen der räthselhaften Krankheit überhaupt lösen. Allein es scheint mir doch hierin das Wesen derselben zu liegen. Es ist dies gerade so, wie bei Lupus erythematosus, bei welchem ein ausgesprochener Entzündungsprocess vorliegt, das Charakteristische und Wesentliche aber in der rapiden fettigen Metamorphose der Zellen liegt, wodurch die rasche Resorption und die ebenso acute narbige Schrumpfung,



damit auch das charakteristische Bild der Krankheit gegeben ist. Rothe, entzündete Pünktchen und Flecke, die heute auftauchen und alle Merkmale der Entzündung, klinisch und histologisch darbieten, zeigen in drei bis sechs Tagen narbige Schrumpfung im Centrum, Veränderungen, die in dieser Art und in dieser Rapidität bei keiner anderen Krankheit vorkommen.

Kehren wir nun zu dem histologischen Befunde zurück, den die grossen Knoten unseres Falles darbieten, so findet sich, wie früher beschrieben worden, der Hauptherd des Infiltrates im subpapillaren und oberen Coriumantheil, zugleich mit allen Charakteren der geschilderten eigenthümlichen retrograden Metamorphose. Aber auch in den Papillen fehlt es nicht an Merkmalen dessen, dass hier derselbe Process Platz gegriffen hatte. Von demselben zeugen die früher erwähnten Zell- und Pigmentzellstränge, welche die verengten Gefässe und deren Schlingen begleiten. Der Process ist eben in diesen obersten Schichten abgelaufen. Dies hängt aber zusammen mit dem Alter des örtlichen Processes, das in unserem Falle ein beträchtlicheres ist, als in allen mir untergekommenen oder bekannt gewordenen Fällen. Ich habe wohl sehr viel Lichen ruber gesehen, aber keinen Fall, der mehr als einige Monate, höchstens ein bis zwei Jahre alt gewesen wäre. Bei unserem Kranken besteht aber die Krankheit an fünfzehn Jahre und so kann man von vornherein darauf gefasst sein, in den histologischen Verhältnissen Unterschiede zu finden gegenüber den Fällen kürzerer Dauer, namentlich in der Richtung, dass in einzelnen Regionen nur die Erscheinungen der Rückbildung und Resorption sich vorfinden und keine acute Zelleninfiltration.

Sohin habe ich keinerlei Veranlassung von dem Urtheile abzugehen, welches schon der klinische Eindruck des Falles mir aufgedrängt hat, dass wir es hier mit einem Falle von Lichen ruber planus, allerdings excessivster und ungewöhnlichster, einziger Form zu thun haben.

Diese Auffassung als richtig angenommen, mussten wir auch voraussetzen, dass die Knötchen und Knoten, die kleinsten wie die grossen und die massiven Knotenstränge durch dieselbe **Therapie** beeinflusst und zum Schwinden gebracht werden könnten.

welche gegen Lichen ruber gewöhnlicher Form und Intensität sich bisher als wirksam erwiesen hat, durch Arsenik.

Dass die vorliegenden Gebilde im spontanen Verlaufe zum Theile resorbirt werden und schwinden, war schon bei der Aufnahme des Kranken zu constatiren. Zahlreiche punktförmige Pigmentflecke, die zwischen den disseminirten Knötchen und in den Hautfeldern der von den Knötensträngen gebildeten Maschenräume sich befanden, die ausgedehnten Pigmentflecke am Gesässe, um die Backenfalten und in der Kniekehle, sowie Pigmentstreifen in der Fortsetzung einzelner Stränge der Kniekehle und des Ellenbuges, dazu einzelne, wie plattgedrückte und weich gewordene Stranganteile, die in Pigmentstreifen ausliefen, waren unverkennbare Zeichen einer solchen theilweisen spontanen Rückbildung.

Sohin wurde der Kranke einer methodischen Arsenikkur unterzogen.

Seit seinem Spitalseintritte bis zum 10. August wurden dem Kranken 38 subcutane Injectionen von Natrum arsenicosum à 0·01 gemacht. Der grösste Theil der primären Lichen-Knötchen ist mit Hinterlassung von Pigmentpünktchen geschwunden oder abgeflacht, die Stränge des Hals-Nacken-Netzes sind bedeutend abgeflacht, ebenso die peripheren Antheile des der Armellbogenstränge, nicht merklich die grossen centralen Antheile. Fast geschwunden sind die Stränge des Scrotum, abgeflacht die des Abdomen, der Nates, der Kniekehle.

Nebenher sind aber inzwischen auch einzelne neue charakteristische Lichen ruber-Knötchen aufgetaucht, nachweislich in der Nachbarschaft der Strangausläufer der Vorderarme, an den Augenlidern und auf der Schleimhaut der Unterlippe. Hier sind die Knötchen in grösserer Anzahl in reinster Form, weil durchwegs getrennt, als hirsekorngrosse, blassrothe, konische, bis nun noch glatte, derbe Erhebungen zu sehen, während dieselben sonst dicht gruppirt zu sein pflegen, wobei ihr Epithel bald trüb wird, sich zerklüftet und abbröckelt. Die seitliche Wangenschleimhaut zeigt diffuse Epithelverdickung und Trübung, die Zunge punktförmige und gefelderte Exfoliation, aber keine charakteristischen Knötchen.



Das Allgemeinbefinden des Kranken war wiederholt gestört und die Arsenikbehandlung deshalb einigemal unterbrochen worden. Aus demselben Grunde konnte auch die Medication noch nicht auf jene hohe Dosirung gebracht werden, die sonst innerhalb eines Zeitraumes von drei Monaten erreichbar ist und eine intensivere Rückbildung des Processes erwarten liesse.

Leider haben die Familienverhältnisse des Kranken dessen weiteres Verweilen an der Klinik und damit vor der Hand auch jede weitere Beobachtung unsererseits unmöglich gemacht.

---

## Erklärung der Abbildungen:

Taf. XVIII. Vorderansicht des Körpers. Chromolithographie nach einer Abbildung von Dr. Henning.

Taf. XIX. Vertical-Durchschnitt eines mässig grossen Knötchens von einem Strange der Vorderarmbeuge. Vergr. H. Oc. 3, Obj. 3. *a* Rete; *b* abgeflachte, *c* verbreiterte Papillen über dem Knoten; *d* normale Papillen an der Grenzregion des Knotens, alle mit geringer Zelleneinlagerung, besonders um die Gefässe bei *d*; *ee* dichtes und massiges Zellinfiltrat des Knotens im Bereiche des Corium. Dasselbe umgibt auch noch die Knäueldrüsen, deren Durchschnitte bei *g* und reicht bis an die Fettläppchen *h*; *i* Blutgefäss-Durchschnitte.

Taf. XX. Ein Theil des infiltrirten Coriums bei Vergr. H. Oc. 3. Obj. 7. Polymorphe Zellen und Kerne, zahlreiche Riesenzellen. Infiltrat gefäss- und saftarm.

Taf. XXI. Dasselbe von einer anderen Stelle. Vergr. H. Oc. 3, Obj. 7. *aa* Haar, dessen Wurzelscheiden *cc* kolbig und federbuschartig sprossend; *bb* zugehörige Talgdrüsen; *ee* Zellinfiltration der Papillen und des Coriums.



# Ueber die therapeutische Verwendung des Jodols.

Von

Professor **Dr. F. J. Pick** in Prag.

Seit ich im Jahre 1874 zuerst das Jodoform in methodischer Weise in die dermatologische Praxis einführte (s. Lažansky, Mittheilungen aus der dermatologischen Klinik des Prof. Pick: „Das Jodoform und seine therapeutische Verwendung." Diese Vierteljahresschrift 1875, p. 275) und durch eine fortgesetzte Experimentation in seinen Indicationen fixirte, hat dasselbe eine so ausgedehnte Verwerthung, namentlich auch auf chirurgischem Gebiete gefunden, dass die damals p. 282 ausgesprochene Behauptung, das Jodoform habe sich eine bleibende Stellung in der Therapie erworben, sich vollkommen bewahrheitet hat. Diese Behauptung wird auch aufrecht bleiben, trotzdem ich im Nachfolgenden über ausgezeichnete Erfolge berichten werde, die ich mit einem Präparate erzielt habe, welches sich wegen seiner ganz analogen Indicationen und mancher Vorzüge als ein sehr gefährlicher Rivale des Jodoforms präsentirt, ich meine das Jodol.

## I.

Das Verdienst auf die therapeutische Verwerthbarkeit des Jodols zuerst aufmerksam gemacht zu haben, gebührt Gaetano Mazzoni[1]) in Rom. Sodann wurden auf der vorjährigen Natur-

[1]) Mazzoni Gaetano: Berlin. klin. Wochenschr. 1885. 43.



forscher-Versammlung in Strassburg von A. Wolff[1]) einige Versuche nach dieser Richtung mitgetheilt, während Vulpius[2]) ebendaselbst über die Darstellungsweise und die chemischen Eigenschaften des Präparates eingehende Mittheilungen machte. Endlich hat Schmidt[3]) über das Jodol als Antisepticum einige vorläufige Mittheilungen aus der chirurgischen Klinik in Heidelberg gemacht.

Aus dem Vortrage des Herrn Vulpius geht hervor, dass dieses von Silber und Ciammician in Rom entdeckte, von Kalle & C. in Bieberich fabriksmässig hergestellte und seither patentirte Präparat in der Weise dargestellt wird, dass das im Oleum animale Dippelii enthaltene Pyrol $C^4H^4NH$, von den übrigen Bestandtheilen möglichst befreit, in Lösung mit Jodjodkalium behandelt wird, wobei das, Jodol benannte, Tetrajodpyrol $C^4J^4NH$, krystallinisch niederfällt, während gleichzeitig 4 Aequivalente Jodwasserstoff entstehen.

Das Jodol, wie es nun von Kalle & C. geliefert wird, stellt ein ganz hellbraunes, besser gesagt hautfarbenes, fast geschmack- und geruchloses Pulver dar, welches, in dunklen Flaschen aufbewahrt, vollkommen beständig ist. Unter dem Mikroskope erweist es sich als tafel- und säulenförmige Krystalle. Erst bei einer Erhitzung über 100° gibt es reichliche Joddämpfe ab und liefert eine sich aufblähende, sehr voluminöse und schwer zu verwaschende Kohle.

Von grosser Wichtigkeit ist, was Vulpius über die Löslichkeitsverhältnisse des Jodols aussagt. „Das Jodol zeigt nur sehr wenig Adhäsion zu Wasser und ist seine Löslichkeit darin sehr gering: 1:5000. Dagegen ist es in Alkohol leichter löslich als Jodoform, in absolutem Alkohol im Verhältnisse von 1:3. Bei Verdünnung des Alkohols sinkt die Löslichkeit so rasch, dass schon bei Zusatz von 25 Percent Wasser zu einer 10percentigen alkoholischen Lösung eine milchige Trübung durch Ausscheidung des Jodols entsteht und eine 5percentige Lösung nur 30, eine

[1]) Wolff A. Tageblatt der Naturforscher-Versammlung in Strassburg. 1885. p. 446.

[2]) Vulpius: Ueber das neue Antisepticum „Jodol“, Tageblatt der Naturforscher-Versammlung. 1885. p. 365.

[3]) Schmidt G. B.: Das Jodol, ein neues Antisepticum. Berlin. klin. Wochenschr. 1886. 4.



2percentige etwa 50, eine 1percentige 80, eine $^1/_2$percentige etwa 100 Percent Wasserzusatz erträgt."

Obwohl das Jodol in Glycerin nur beim Erwärmen und da nur in geringer Menge löslich ist, so kann doch durch eine 20percentige alkoholische Lösung von Jodol mit dem gleichen Volum und eine 10percentige mit dem 4fachen Volum wasserfreien Glycerins gemischt werden, ohne eine Trübung hervorzurufen. Bei Wasserzusatz geschieht auch in der Alkohol-Glycerinlösung ein Ausfallen des Jodols. Von Aether bedarf das Jodol weniger als sein gleiches Gewicht, von Chloroform dagegen 50 Theile zur Lösung. Benzin, Paraffin, Terpentinöl nehmen keine merklichen Mengen Jodol auf. Von fetten Oelen wird das Jodol in der Kälte nicht leicht aufgenommen, wohl aber von Olivenöl bei Wasserbadtemperatur bis zu 15 Percent ohne beim Erkalten wieder ausgeschieden zu werden. Alle Jodollösungen von stärkerer Concentration sind alsbald braun gefärbt, ebenso die Mischungen von Jodol mit Fett und Vaselin.

Von den Autoren, welche, wie ich oben angeführt habe, bisher mit dem Jodol Versuche angestellt haben, wurde dasselbe in folgender Weise angewendet:

1. Als feinzerriebenes Pulver, das mit einem Pinsel auf die Wundflächen, ähnlich wie Jodoform aufgestreut wurde.

2. In einer Lösung von 2 bis 3 Theilen Jodol in 35 Theilen Alkohol, welche mit Glycerin auf 100 Theile verdünnt wird (Vulpius); in 10percentigen öligen Lösungen (Wolff); in einer Lösung von 1 : 16 Alkohol und 34 Glycerin zur Durchtränkung von Tampons oder zur Injection mittelst Spritzen in Abscesshöhlen (Schmidt).

3. Als Jodolgaze nach Art der Jodoformgaze bereitet, zur Tamponade von Wundhöhlen (Schmidt).

Bei den von mir angestellten Versuchen kam das Jodol in folgender Form zur Verwendung:

1. Jodoli optime pulverisati Kalle, wobei sorgfältig darauf geachtet wird, dass die für einen Tag bestimmte Quantität stets feinst pulverisirt ist, was einerseits aus Sparsamkeitsrücksichten, andererseits wegen der besseren Vertheilbarkeit von Wichtigkeit ist.

2. **Jodolgaze**, welche wie die Jodoformgaze an der Klinik selbst bereitet wird. Nachdem diese Gaze vollkommen geruchlos ist und sich viel besser aufbewahren lässt als die Jodoformgaze zweifle ich nicht daran, dass dieselbe in Kurzem als antiseptisches Verbandmittel in den Handel kommen wird. Da ich alle Wattetampone, insbesondere die Scheidentampone mit Gaze überziehen lasse, eignet sie sich sehr gut zur Bereitung von Jodoltampons.

3. Jodoläther in 10 bis 20percentiger Lösung zur Berieselung der Wunden, zur Einspritzung in Fistelgänge, ganz besonders aber als Spray, wodurch ein ausserordentliches Ersparniss an Jodol erzielt wird, vorzüglich aber deswegen, weil das Präparat besser in die Gewebslücken eindringt und bei dem raschen Verdampfen des Aethers in Form eines festanhaftenden Pulvers auf den bestaubten Flächen, wie an der Portio und Vagina, liegen bleibt. Dieses Verfahren leistet auch als Haemostaticum nach Auslöfflungen und nach Abtragung von Papillomen gute Dienste. Durch Besprayen gewöhnlicher auf die Wunde gelegter Gaze lässt sich ex tempore ein Jodolgazeverband bereiten.

4. Jodoläther-Collodium im Verhältnisse von 1:5:10 zur Deckung offener und genähter kleiner Wunden und als Resorbens bei Drüsengeschwülsten mit oder ohne Kataplasmen.

5. Als Jodolsalbe in 5 bis 10percentiger Mischung, insbesondere mit Lanolin (Liebreich) zur Einreibung in die Haut bei chron. scrophul. Drüsentumoren. Ferner eine Jodolglycerinpasta durch Zusatz einiger Tropfen Glycerin und Alkohol zum Jodolpulver zur Bestreichung von Vaginaltampons.

## II.

Ich gehe nun mit Hinweis auf die nachfolgenden Krankengeschichten zur Besprechung der Resultate der Jodoltherapie bei den verschiedenen Krankheitsformen über.

### Einfache katarrhalische und blennorrhagische Processe.

Das Material hiezu stellten vorwiegend die weiblichen Kranken der Syphilisabtheilung. Gegenstand der Behandlung waren



einfache und blennorrhagische Katarrhe der Vagina und des Cervicalcanales, letztere zumeist mit Erosionen der Portio um den Muttermund, und blennorrhagische Entzündungen und Abscedirungen der Bartholinischen Drüsen.

Die hieher gehörigen Fälle sind: 2, 3, 4, 7, 10, 12, 16, 17, 20, 21, 22, 27, 29, 31, 32, 44, 48, 51, 52, 53, 55, 57, 59, 60, 70, 78, 79, 83, 85, 86, 87 mit Vaginitiden.

In den Fällen 2, 3, 4, 7, 27, 29, 32, mit einfachen Erosionen an der Portio, in den Fällen 4, 10, 21, mit Bartholinitis, letztere ausserdem in den Fällen 34, 63, 65, 76.

Die Behandlung bestand in Reinigung des äusseren Genitals und Ausspülung der Vagina mit Sublimatlösung 1 : 15 Tausend, mit oder ohne gleichzeitiger Besprayung der Portio und des Scheidengewölbes mit Jodoläther, und nachheriger Tamponirung mit Jodoltampons. Die Bartholinischen Drüsenabscesse wurden alsbald eröffnet und sodann nach Abspülung und Besprayung mit Jodolgaze ausgefüllt.

Der Erfolg war ein sehr zufriedenstellender. In allen Fällen wurde nach wenigen Tagen die Secretion herabgesetzt, die Erosionen an der Vagina und der Portio gelangten zu verhältnissmässig rascher Ueberhäutung, die B. Drüsenabscesse zu rascher Ausfüllung, ohne dass in der Umgebung irgend welche Reizzustände eingetreten wären.

Von Interesse ist das Ergebniss der mikroskopischen Untersuchung der Secrete auf Mikroorganismen, welches schon nach wenigen Tagen eine bedeutende Abnahme und bald gänzliches Schwinden derselben, insbesondere der Gonococcen in der Barthol. ergab.

Dagegen hat sich die Anwendung von alkoholischen und ätherischen Jodollösungen in die Urethra wegen der grossen Schmerzhaftigkeit und der starken Reactionserscheinungen als unausführbar erwiesen. Es werden nun Versuche mit anderen Vehikeln gemacht, über deren Wirkungsweise ich Bestimmtes noch nicht aussagen kann.

### Einfache und sclerotische Geschwürsprocesse.

Hieher gehören die Fälle: a) Männliche Kranke: 1, 2, 3, 5, 8, 9, 11, 12, 15, 17, 18, 19, 20, 23, 25, 32, 33, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42.





b) Weibliche Kranke: 1, 8, 9, 13, 23, 24, 25, 26, 38, 40, 41, 42, 44, 46, 49, 51, 56, 58, 62, 63, 65, 68, 69, 70, 73, 76, 77, 82, 87, 88.

Schon nach den ersten Versuchen hatte sich gezeigt, wie a priori vorauszusetzen war und wie ich nun in Uebereinstimmung mit Wolff constatiren kann, dass das Jodol in keiner der genannten Anwendungsformen im Stande ist, dem Geschwürsprocesse im virulenten Stadium Einhalt zu thun, dass es jedoch nach Ablauf desselben, oder auch schon gegen das Ende dieses Stadiums die Heilung wesentlich günstig beeinflusst. Ebenso ist zu constatiren, dass das Jodol die Entwicklung der Sclerose nicht verhindert und die entwickelte Sclerose nicht zur Rückbildung bringt, dass es jedoch in jedem Falle den erwünschten Effect hat, die Ausfüllung der Substanzverluste und die Ueberhäutung zu beschleunigen. Daraus geht hervor, dass die Anwendung des Jodols Platz greifen soll, wenn die specifische Virulenz der Geschwüre durch vorausgegangene Aetzung überwunden ist und bei exulcerirten Sclerosen.

In dieser Beziehung leistet das Jodol nicht mehr als das Jodoform, es hat aber den Vorzug vor letzterem voraus, dass es, abgesehen von der absoluten Geruchlosigkeit, keine oder wenigstens keine so starke Maceration und Reizung in der Umgebung hervorruft. Schon nach zwei bis drei Tagen wird die Eiterung wesentlich geringer und die Vernarbung vollzieht sich in prompter Weise.

Angewendet wurde das Jodol bei diesen Krankheitsformen in der Weise, dass nach sorgfältiger Reinigung der Theile, die Geschwüre und deren nächste Umgebung mit Jodoläther berieselt, bei den weiblichen Kranken, insbesondere bei verstecktem Sitz der Geschwüre, bespravt und sodann entweder mit blossem Aufstreuen des Pulvers oder mit Jodolgaze trocken gelegt wurden.

## Condylomatöse Processe.

Sehr erfolgreich gestaltete sich die Jodoltherapie bei den überaus häufig auftretenden condylomatösen Processen an und um die Genitalien der weiblichen Kranken, am Scrotum und der



Haut des Gliedes, sowie bei Condylomen um den After bei beiden Geschlechtern.

Die hier angeführten Fälle betreffen nur weibliche Kranke, weil sie zur vergleichenden Beurtheilung am geeignetesten sind.

Hieher gehören die nachfolgenden Krankengeschichten: 5, 6, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 33, 35, 36, 37, 39, 43, 46, 49, 50, 54, 62, 64, 66, 67, 68, 70, 71, 73, 74, 75, 78, 79, 80, 81, 84, 85.

Hierzu kommen die Fälle von syphilitischen Papeln an der Portio: 6, 18, 36, 39, 40, 46, 58.

Es handelte sich zumeist um stark nässende, eiternde und exulcerirte Condylome, die gewöhnlich auf ödematöser Basis aufsassen, und in einzelnen Fällen mit bedeutender papillärer Hyperplasie combinirt waren.

Die Erfahrung lehrte mich, dass derartige Processe am raschesten zum Rückgang gebracht werden durch ein combinirtes Verfahren, welches einerseits gegen die Ulceration gerichtet ist, andererseits die Resorption der Infiltrate anstrebt. Ersteres wird durch sorgfältige Trockenlegung der Theile, Vermeidung von Deckung zweier Hautflächen und eine entsprechende Antisepsis, letzteres durch Anwendung des Emplastrum hydrargyri und gleichzeitiger allgemeiner Quecksilberbehandlung erreicht.

Ich habe mich zu diesem Zwecke bisher mit vorzüglichem Erfolge des Jodoformäther-Spray bedient und diesen nun mit demselben Resultate durch den Jodoläther-Spray ersetzt. Hier, wie in allen Fällen, wo der Aether-Spray angewendet wird, geschieht dies in der Weise, dass die zu zerstäubende Flüssigkeit in eine doppelhalsige, niedrige Wulf'sche Flasche gegossen wird in deren einem Halse der Richardson'sche Zerstäuber steckt, während der andere Hals mit dem Daumen geschlossen wird. Wenn die Luft mittelst eines Doppelgebläses in die Flasche getrieben wird und der Daumen den zweiten Hals verdeckt, kommt ein sehr kräftiger Spray zu Stande, der sofort unterbrochen wird, wenn der Daumen vom Halse abgehoben wird. Man ist so im Stande, eine ganz kleine und kurz dauernde Besprayung zu erzielen und hat nicht nöthig, die ganze Ballonladung zum Spray zu verwenden. Dieser einfache, mit dem auch zu anderen Zwecken verwendbaren Zerstäuber, leicht selbst herzustellende Apparat hat

sich überdies zweckmässiger erwiesen, als alle anderen vorgeschlagenen Sprayapparate.

Wurde nun mit dem Jodol derselbe locale Effect erzielt, wie mit dem Jodoform, so wurde anderseits auch die oft fatale Nebenwirkung des letzteren, insbesondere der häufig auftretende Kopfschmerz vollkommen vermieden.

## Gummata und Ulcera gummosa.

Bei den Kranken, welche die in der Ueberschrift genannten Krankheitssymptome darboten, sollte erprobt werden, ob die örtliche Anwendung des Jodols die Resorption und Heilung desselben beeinflusse, respective beschleunige und es sollten diese Fälle über die Wirkungsweise des Präparates bei innerlicher Darreichung desselben Aufschluss geben.

Hieher gehören von den Männern die Krankengeschichten: 14, 21, 29, 30, 34.

Von den weiblichen Kranken die Fälle: 15, 28, 30, 47, 61, 93.

Diese Versuche haben gelehrt, dass die Jodoltherapie auf die mit intacter Haut bedeckten Gummata im Allgemeinen keinen Einfluss ausübt, dass jedoch bei gleichzeitiger Kataplasmirung und vorgängiger Maceration der Haut die Resorption oder der Zerfall begünstigt werde.

Eine gute Wirkung wurde bei gummösen Geschwüren und Abscedirungen erzielt und diese Wirkung durch gleichzeitige Anwendung des Empl. hydrarg. gefördert.

Angewendet wurde das Jodol in Fällen intacter Haut als Jodoläther-Collodium und Jodol-Lanolin, in ulcerösen Formen als Jodolpulver.

Ueberraschend günstig gestaltete sich die innerliche Anwendung des Jodols. Nach dieser Richtung hin ist das Jodol dem Jodoform weit überlegen und in mancher Beziehung dem Jodkali vorzuziehen.

Zunächst stellte sich heraus, dass das Jodol vom Magen und Darmtractus sehr gut vertragen wird und erst bei grossen Dosen zwei bis drei Gramm pro die, und da nicht immer, Diarrhöe hervorruft. Während die Kranken bei unseren früheren Versuchen



mit der innerlichen Darreichung des Jodoforms über den üblen Geruch aus dem Munde klagten, der ihnen und der Umgebung sehr peinlich war und den Kranken Kopfschmerzen verursachte, haben die Kranken vom Jodol keinerlei Belästigung zu erfahren. Niemals kamen Intoxicationserscheinungen vor und nur zwei Individuen klagten über leichte, bald vorübergehende Eingenommenheit des Kopfes.

Ich habe übrigens über ein Gramm pro die gehende Dosen nur sehr selten und nie durch mehr als drei Tage zu verabfolgen nöthig befunden, vielmehr aus meinen früheren Versuchen über den innerlichen Gebrauch der Jodpräparate und so auch hier beim Jodol, erfahren, dass bei intermittirender Darreichung von mittleren Dosen bis zu 1 Gramm pro die, einerseits der gewünschte Effect erzielt werde, andererseits dem Eintritte des Jodismus vorgebeugt werden kann.

Die Dauer der Intermissionen zwischen der Darreichung der Jodpräparate ist abhängig von der Zeitdauer, welche nothwendig ist, um das jeweilig aufgenommene Jod wieder aus dem Organismus zu entfernen. Diese Zeitdauer ist bei gleicher Dosis je nach der Individualität des Kranken und dem Jodpräparate eine verschiedene. Im Allgemeinen ist es besser, grosse Dosen in längeren Pausen, als kleine Gaben in Continuität nehmen zu lassen. Ich werde später auf die Resorptions- und Ausscheidungsverhältnisse des Jodols bei innerlicher Darreichung zurückkommen, hier sei nur die Methode der Darreichung näher angegeben.

Um nicht eine grössere Belastung der resorbirenden Schleimhautfläche herbeizuführen und allen Folgen einer stürmischen Resorption des Jods vorzubeugen, wurde durch zwei aufeinanderfolgende Tage Morgens und Abends je ein Viertel bis ein halb Gramm des Jodpräparates verabfolgt und dann dieselbe Dosirung erst an den gleichnamigen Tagen der nächsten Woche wiederholt. Dasselbe Verfahren wurde nun auch beim Jodol eingehalten.

Aus den nachfolgenden vergleichenden Angaben zwischen der innerlichen Jodkali- und Jodoltherapie geht nun hervor, dass die Ausscheidung des Jod bei Jodkaligebrauch viel stürmischer und viel rascher vor sich geht, als beim Jodol, dass aber in allen Fällen in der angegebenen Pause auch die Elimination des Jodols eine vollständige ist und ein bis zwei jodfreie Tage erzielt werden.



Daraus folgt, dass das Jodol vor dem Jodkali in jenen Fällen den Vorzug verdient, in welchen es auf eine länger dauernde, nicht allzu intensive Jodwirkung ankommt, während in Fällen, wo es sich um eine rasche und energische Jodwirkung handelt, das Jodkali vorzuziehen ist.

## Suppurative und subacute Adenitiden.

Die Jodoltherapie bei diesen Krankheitsformen wurde fast ausschliesslich bei männlichen Kranken durchgeführt.

Hierher gehören die Fälle 4, 7, 10, 16, 22, 24, 28, 31, 37, 38, 41, 44, 45 von Männern und Fall 56 von den weiblichen Kranken.

Die hier angeführten Fälle, welche zumeist weit vorgeschrittene suppurative Bubonen der Leistengegend betrafen, wurden in ganz analoger Weise behandelt, wie ich dies seinerzeit für die Jodoformbehandlung angegeben habe und wie sie heute fast allgemein üblich ist.

Nach Abrasirung der Haare in der Schamgegend und sorgfältiger Reinigung der Hautdecke wurde eine ausgiebige, meist senkrecht auf das Poupart'sche Band vorgenommene Spaltung des Abscesses und wo die Drüsen nicht zu erhalten waren, vollständige Ausschälung derselben und Auslöffelung des in den Eiterungsprocess einbezogenen Gewebes ausgeführt, sodann die Höhle mit 1 : 10 Tausend Sublimat ausgewaschen, mit Jodolpulver und Jodolgaze ausgefüllt und ein Dauerverband angelegt. Dieser erste Verband wurde gewöhnlich nach fünf Tagen erneuert, jeder spätere Verband aber, mit seltenen Ausnahmen, durch acht Tage liegen gelassen. Ein zwei- bis dreimaliger Wechsel genügte bis zur Vernarbung. Die Dauer der Heilung schwankte zwischen 12 und 32 Tagen und betrug im Mittel 16 Tage.

Bei subacuter Adenitis, welche so häufig zu indolenter Drüsenschwellung dieses Körpertheiles hinzutritt, wurde sehr gewöhnlich ein Rückgang des acuten entzündlichen Processes durch Anwendung von Jodol-Aether-Collodium und Kataplasma Lelièvre neben gleichzeitig vorgenommener Inunction von Unqu. ciner. à 2 Gramm an den Schenkeln und der unteren Bauchfläche, sogenannte „locale Inunctionen" erzielt.

Ueberhaupt möchte ich darauf aufmerksam machen, dass man sich in solchen Fällen selbst dann nicht allzu sehr mit der Spaltung des Drüsentumors beeilen soll, wenn anscheinend deutliche Fluctuation wahrnehmbar ist, weil sie sehr häufig nicht durch Eiteransammlung bedingt ist und in diesen Fällen die Resorption erreicht werden kann, bei Anwendung des hier angeführten Verfahrens. Eine sorgfältige Temperaturmessung diene als Richtschnur.

## Verschiedene nicht venerische Processe.

Ausser bei den hier angeführten Krankheiten habe ich das Jodol noch bei chronischen Fussgeschwüren, scrophulösen Drüsenabscessen und nach Scarification und Auslöfflung bei Lupus angewendet, zumeist um über die Resorption von den Wundflächen aus Aufschluss zu erhalten. Ich kann in dieser Richtung nur bestätigen, was Schmidt von seinen Versuchen an der Heidelberger chirurgischen Klinik angeführt hat, dass nämlich das Jodol keine Schorfe bildet, die Wundsecrete desodorisirt, die necrotischen Geschwürsflächen entsprechend reinigt, eine gesunde nicht so üppige Granulation erzielt, wie das Jodoform und niemals Intoxicationserscheinungen herbeiführt. Ausser diesen antiseptischen Erfolgen kann man dem Jodol aber keine specifischen Wirkungen gegen den scrophulösen und lupösen Process zusprechen.

## III.

Die nun folgenden Krankengeschichten enthalten nur solche Angaben, die zur Beurtheilung der bei den Kranken in Anwendung gekommenen Jodoltherapie nöthig schienen.

### A. Männliche Kranke:

1. R. J., 21 Jahre, Compt. Pr.-Nr. 1727. Eingetreten 16. Februar 1886: Ulcera indur. zu beiden Seiten des Frenulum. Aetzung mit Cupr. sulf. 19. Februar: Jodolpulver. 24. Februar: Ulcera geheilt. Weitere Behandlung im Ambulatorium.

2. S. A., 32 Jahre. P.-Nr. 1852. Eingetreten 18. Februar 1886: Sclerosis exulc. in facie interna praeput. $1^1/_2$ Ctm. im Durchmesser. 19. Februar: Jodolpulver, graues Pflaster. 2. März: Geschwüre überhäutet.



3. J. J., 22 Jahre, Bäckergeselle. P.-Nr. 1903. Eingetreten 20. Februar 1886: Ulcera multiplic. in facie int. praep. et in sulc. gland., Adenitis inguin. sin. subac. Jodolpulver auf die Geschwüre. Jodoläthercollodium, Kataplasma Lelièvre auf die Drüsen. 2. März: Geschwüre vernarbt, Drüsen zurückgebildet.

4. N. A., 39 Jahre, Selcher. P.-Nr. 2592. Eingetreten 13. März 1886: Adenitis inguin. suppur. dextra. 15. März: Spaltung des hühnereigrossen Abscesses, Jodolgazeverband. 20. März: Verbandwechsel, Wunde rein, stark gehobene, gesunde Granulationen, dem Ambulatorium zugewiesen. 27. März: Zweiter Verbandwechsel, Wunde geheilt.

5. W. F., 23 Jahre, Raseurgehilfe. P.-Nr. 1964. Eingetreten 22. März 1886: Sclerosis exulcerata in sulco glandis, Adenitis sclerotica inguin. Jodolpulver. Das stark speckig belegte Geschwür am 27. Februar überhäutet. Weitere antisyphilitische Behandlung durchgemacht.

6. S. A., 20 Jahre, Droguist. Eingetreten 2. März 1886: Adenitis inguin. sclerotica post ulcus sanatum. Jodolcollodium, Kataplasma Lelièvre, zweigrammige örtliche Inunctionen. 4. März: Haut unter dem Collodium stark gereizt, dasselbe bis 6. März ausgesetzt, dann wieder aufgenommen, bis 15. März Drüse vollständig abgeschwellt.

7. K. J., 24 Jahre, Commis. P.-Nr. 1545. Eingetreten 16. Februar 1886: Ulcera specifica sanata, Adenitis inguin. sin. 18. Februar 1886: Spaltung des ganseigrossen Drüsenabscesses in der linken Leiste, Jodoformgazeverband. 2. März: Zweiter Verbandwechsel. Granulationen schlaff, grau belegt, Jodolgaze. 10. März: Granulationen frisch, Wunde im Ganzen reiner. 22. März: Geheilt.

8. J. F., 27 Jahre, Kellner. P.-Nr. 2477. Eingetreten 10. März 1886: Ein 1 Ctm. langes, $^1/_4$ Ctm. breites, sehr tiefes Geschwür mit speckigem Grunde, Adenitis inguin. multiplex indur., Jodolpulver auf das Geschwür, am 22. März überhäutet.

9. L. F., 25 Jahre, Brauer. P.-Nr. 2636. Eingetreten 14. März 1886: Sclerosis exulcerata; $2^1/_2$ Ctm. breites, speckig belegtes, auf harter Basis sitzendes Geschwür. Jodolpulver, graues Pflaster. 18. März: Geschwür gereinigt. 24. März: Ueberhäutet. Weitere antisyphilitische Behandlung durchgemacht.

10. M. K., 32 Jahre, Diener. P.-Nr. 5203. Eingetreten 28. März: Adenitis inguin. dextra suppur. 30. März: Spaltung unter Cocaïn,



Auskratzen der nekrotischen und unterminirten Drüsenpartien. Jodolgazeverband. 2. April: Verbandwechsel, leicht graurothe Granulation. 9. April: Verbandwechsel, ein unterminirter Wundrand gespalten. 16. April: Verbandwechsel, Wunde mit gesunden Granulationen vollständig ausgefüllt. 23. April: Wunde bis auf einen schmalen Streifen geschlossen.

11. K. F., 23 Jahre, Fleischergeselle. P.-Nr. 3033. Eingetreten am 24. März 1886: Ulcera specifica; ein 1 Ctm. langes, 1/2 Ctm. breites, speckig belegtes Geschwür am Frenulum, mehrere kleinere am Innenblatte des Präputiums, Salicylpulver bis 20. März, sodann Jodolpulver. 9. April: Geschwüre noch etwas belegt. 11. April: Geschwüre rein. 17. April: Geheilt.

12. C. J., 24 Jahre, Fleischer. P.-Nr. 3024. Eingetreten 24. März 1886: Ulcera indur., 1 Ctm. langes, 1/2 Ctm. breites speckig belegtes indurirtes Geschwür an der Umschlagstelle des äusseren Blattes des Präputiums in das Innere, ein zweites, etwas kleineres Geschwür im Sulcus glandis, Adenitis inguinalis sclerotica, Urethritis. Auf die Geschwüre Jodolpulver, am 6. April Geschwüre in Ueberhäutung, am 8. April Geschwüre geheilt.

13. L. A., 31 Jahre, verheiratet, Geschäftsreisender, P.-Nr. 4992, wurde, nachdem er schon im Vorjahre wegen gummöser Lues und Tabes spastica behandelt und gebessert entlassen war, vom 13. April 1886 mit Jodol innerlich behandelt. Sein Zustand hat sich wesentlich gebessert.

14. J. F., 37 Jahre, Taglöhner. P.-Nr. 4028. Eingetreten am 19. April 1886: Lues gummosa. Von der linken Clavicula nach abwärts eine 20 Ctm. im Durchmesser betragende Narbe von randständigen, nierenförmigen Geschwüren umgrenzt. Jodolpulver, graues Pflaster. Am 28. April sind die Geschwüre gereinigt, zeigen gesunde Granulationen, am 6. Mai Geschwüre geheilt.

15. B. A., 32 Jahre, Maurer. P.-Nr. 2903. Eingetreten am 22. März 1886: Sclerosis exulcerata, Syphilis cutanea maculopapulosa (Aneurysma aortae), ein 2 Ctm. langes, 1 1/2 Ctm. breites speckig belegtes Geschwür an der Glans und am Innenblatte des Präputium, Lymphangoitis dorsalis penis, Adenitis universalis, Jodolpulver auf das Geschwür, am 28. März Geschwür rein, in Ueberhäutung. 12. April: Geschwür geheilt, weitere antisyphilitische Behandlung durchgemacht.

16. S. W., 24 Jahre, Tapezierer. P.-Nr. 2203. Eingetreten 2. März 1886: Adenitis inguinalis sin. suppur. post ulcus. Jodol-



collodium, Kataplasma Lelièvre. Am 8. März die 1 Ctm. lange, 6 Ctm. breite, deutlich fluctuirende Drüsengeschwulst gespalten. Die Höhle mit Jodolgaze ausgefüllt. 12., 18. und 26. März: Verbandwechsel. An diesem Tage bis auf einen schmalen Streifen vollständige Heilung eingetreten.

17. C. A., 30 Jahre, Kürschner. P.-Nr. 2434. Eingetreten am 8. März 1886. Ulcera specif. indur. Lymphangoitis dorsalis penis. Phimosis. Adenitis universalis. Am Aussenblatte des Präputium zwei Geschwüre von 1·5 Ctm. bis 2 Ctm. Länge, 1 Ctm. Breite, stark speckig belegt, Ränder stark aufgeworfen. Jodolpulver auf die Geschwüre, 4 Grm. Inunctionen. Am 16. März Phimose behoben. Am Innenblatte mehrere bis halbkreuzerstückgrosse Ulcerationen. Am 19. März Geschwüre rein, in Ueberhäutung. Am 22. März Geschwüre geheilt.

18. S. J., 35 Jahre, Schuhmacher. P.-Nr. 3282. Eingetreten am 30. März 1886: Sclerosis exulcer. Oedema präputii Phimosis. Syphilis cut. papul. Adenitis universalis. Am ganzen äusseren Blatte des Präputium ein fast circuläres, $2^1/_2$ Ctm. breites, auf stark sclerotischer Basis aufsitzendes Geschwür. Jodolpulver, graues Pflaster, Kupferausspritzungen des Präputialsackes, 4 Grm. Inunctionen. Bis 28. April alle örtlichen Erscheinungen behoben.

19. M. F., 29 Jahre, Goldarbeiter. P.-Nr. 4119. Eingetreten am 21. April 1886: Ulcera specifica, Adenitis inguinal. subac. Zwei speckig belegte Geschwüre am Innenblatte des Präputiums. Ein $1^1/_2$ Ctm. langes, 1 Ctm. breites Geschwür an der Haut des Penis. Bis 30. April Kupferverband, von da an Jodolpulver. Am 19. Mai geheilt.

20. W. P., 29 Jahre, Fleischergeselle. P.-Nr. 3421. Eingetreten am 3. Mai 1886: Sclerosis initialis, Adenitis universalis inguinalis sclerotica, Paraphimosis. Ein kreuzergrosses, excoriirtes, hartes Infiltrat am Präputium. 3. April: Jodol, graues Pflaster, 2 Grm. Inunctionen mit Ung. cin. 9. April: Roseola. 11. April: Roseola abblassend. Sclerose überhäutet, blos graues Pflaster. Weitere Allgemeinbehandlung durchgemacht.

21. S. J., 33 Jahre, Handelsmann. P.-N. 3794. Eingetreten am 12. April 1886: Infection vor zehn Jahren, mehrere gummöse Geschwüre (ein 5—7 Ctm. langes, 3 Ctm. breites, am linken Unterschenkeldrittel, mehrere kreuzergrosse am oberen Drittheile des rechten Unterschenkels) speckig belegt, mit callösen Rändern. 13. April:

Jodolpulver. Graues Pflaster, Gurgelwasser, Decoct. Zittman. 29. April: Noch immer speckiger Belag, mehrmalige gründliche Aetzung mit Lapisstift, Jodolgaze. 5. Mai: Gesunde Granulationen. 10. Mai: Mit sehr verkleinerten, üppig wuchernden Granulationen am linken Unterschenkel und an den übrigen Stellen entlassen.

22. K. O., 30 Jahre, Tischler. P.-Nr. 3481. Eingetreten am 5. April 1886: Adenitis inguinalis sin. suppur. Eine nussgrosse, ziemlich harte, druckschmerzhafte Geschwulst mit normaler Hautdecke. 5. April: Jodolcollod., Kataplasma Lelièvre, 2 Grm. Inunctionen, später Injectionen. 6. April: Drüsen weicher. 16. April: Fluctuation, Incision, Jodolverband. 23. April: Verbandwechsel, Wunde gereinigt. 27. April geheilt.

23. P. E., 18 Jahre, Lehramtscandidat. P.-Nr. 4617. Eingetreten am 4. Mai 1886: Sclerosis exulcerata. Mehrere bis bohnengrosse Ulcera, speckig belegt, hart am Innenblatt. 4. Mai: Jodolpulver, graues Pflaster, 2 Grm. Inunctionen. 13. Mai: Ulcera überhäutet.

24. P. F., Schmied. P.-Nr. 4385. Eingetreten am 29. April 1886: Adenitis inguinalis sin. (suppur.) ulc. sanat. Eine 4 Ctm. lange, 3 Ctm. breite Drüsenschwellung mit gerötheter Haut (leichte Fluctuation central). 29. April: Jodolcollodium, Kataplasma Lelièvre, 2 Grm. Inunctionen, später Jodolgazeverband. 3. Mai: Fluctuation ausgedehnt, breite Incision (Cocaïn), Jodolgazeverband. 10. Mai: Verbandwechsel, Wunde sehr hübsch granulirend. 14. Mai: Wunde vernarbt.

25. M. A., 65 Jahre, Taglöhner. P.-Nr. 3859. Eingetreten am 13. Mai 1886: Sclerosis exulcerata (Syphil. cut. macul.) Zwei speckig belegte Geschwüre mit flachen Rändern (am Frenulum, am Dorsum penis ein mehrere Ctm. langes, 1 Ctm. breites Ulcus mit resistentem Grunde. 15. April: Jodolpulver. 3. Mai: Geschwüre verheilt.

26. S. J., 39 Jahre, Taglöhner. P.-Nr. 4849. Eingetreten am 10. Mai 1886: Combustio. Drei mit nekrotischen Schorfen bedeckte Brandwunden (eine 6 Ctm. lang, 3 Ctm. breit, die beiden anderen etwa 3 Ctm. lang und breit), starke Entzündungshöfe. Essigsauere Thonerde. 14. Mai: Theilweise Abstossung der Schorfe, Jodolgazeverband. 29. Mai: Ueppig granulirende Substanzverluste. 21. Juni: Sämmtliche Substanzverluste geheilt.

27. V. W., 24 Jahre, Taglöhner. P.-Nr. 4451. Eingetreten am 1. Mai 1886: Adenitis suppur. Ein Drüsenabscess von der Grösse einer Nuss über der Wurzel des Gliedes. 9. Mai: Spaltung, Jodolgaze. 17. Mai: Wunde verheilt.

28. H. J., 51 Jahre, Taglöhner. P.-Nr. 4180. Eingetreten am 23. April 1886: Conjunctiv. ocul. utriusque (Lues gummosa obsoleta. Defect der Nasenscheidewand von mehreren Ctm.) Die Conjunctiva palp. oc. sin. beträchtlich geschwellt, diffus geröthet und in der Conjunctiva palpebr. eine Anzahl sich vorwölbender, weiss durchschimmernder, härtlicher Knoten von Kleinerbsengrösse (hordeola). 20. Mai: Jodolinspersion. 25. Mai: Schwellung und Röthung der Schleimhaut sowie die Grösse der Knötchen sehr abgenommen. 8. Juni: Bei seiner Entlassung bedeutend gebesserter Conjunctivalbefund.

29. T. J., 61 Jahre, Taglöhner. P.-Nr. 3620. Eingetreten am 7. April 1886: Lues gummosa. Serpiginöse Geschwüre längs einer etwa 21 Ctm. im Durchmesser haltenden Narbe, Ablösung der Borken mittelst Lithargyronsalbe, hierauf 9. Mai: Jodolpulver, graues Pflaster, später Jodolätherspray. 20. Mai: Bis auf zwei noch etwas schlecht belegte Stellen von $^1/_2$ Ctm. Grösse (Jodolätherspray) sämmtliche Geschwüre geheilt. 26. Mai: Auch die früher erwähnten Stellen überhäutet.

30. H. F., 36 Jahre, Kellner. P.-Nr. 4650. Eingetreten am 5. Mai 1886. Lues gummosa. Ein Kranz von geschwürig zerfallenen Gummen vom linken Mundwinkel beginnend, ungefähr 5 Ctm. lang. 2 Ctm. breit. 5. Mai: Jodolpulver, graues Pflaster. 9. Mai: Geschwüre gereinigt, sich überhäutend (Beginn der Einreibung mit Quecksilberseife). 22. Mai: Geschwüre geheilt, Infiltrate grösstentheils zurückgebildet.

31. Z. A., 17 Jahre, Brauergeselle. P.-Nr. 5217. Eingetreten am 16. Mai 1886: Adenitis suppur. sin. (post. ulcer. sanat.) Hühnereigrosses, druckschmerzhaftes Packet von mässig derber Consistenz. Haut geschwellt, geröthet, Jodolcollod., Kataplasma Lelièvre, 2 Grm. Inunctionen. 20. Mai: Drüsenpacket weicher. 22. Mai: Beginnende Fluctuation. 24. Mai: Spaltung mit einem 5 Ctm. langen Schnitte, Auskratzung, Jodolmullverband. 28. Mai: Jodolbelag der Granulationen, dieselben etwas grauroth. 4. Juni: Ueppigste Granulation des vollständig gehobenen Grundes. — Offener Verband. 12. Juni: Geheilt.





32. N. J., 24 Jahre, Taglöhner. P.-Nr. 5819. Eingetreten am 30. Mai 1886: Ulcera specif. in facie interna. praeput., Phimosis. Kupferausspritzung. 3. Juni: Phimose behoben, hiedurch mehrere Ulcera, meist gereinigt, sichtbar. Jodoläther, graues Pflaster, 4 Grm. Inunctionen. 14. Juni: Geheilt.

33. T. A., 17 Jahre, Taglöhner. P.-Nr. 5710. Eingetreten am 27. Mai 1886: Sclerosis exulcerata an der Urethralmündung von 1 Ctm. Länge. Phimosis. Zuerst Kupferausspritzungen. 31. Mai: Phimose behoben, auf das fast gereinigte Geschwür Jodolpulver, graues Pflaster. 9. Juni: Sclerose überhäutet.

34. M. F., 26 Jahre, Taglöhner. P.-Nr. 4751. Eingetreten am 7. Mai 1886: Lues gummosa. (Ulcus phagedaenic. im vorigen Jahre.) Sehr verbreitete gummöse Ulceration am ganzen Körper im Umkreise von thalergrossen bis handtellergrossen Infiltraten. Die Ulcera sind speckig belegt, 1—4 Mm. tief. Therap. weisse Salbe. 12. Mai: Jodol, graues Pflaster. 14. Mai: Einzelne Geschwüre gereinigt. 20. Mai: Reiche Ueberhäutung sämmtlicher Ulcera. 25. Mai: Ulcerationen überhäutet.

35. R. J., 19 Jahre, Kellner. P.-Nr. 6152. Eingetreten am 8. Juni 1886. Sclerosis exulcerata in facie intern. präput. von 2 Ctm. Länge, 1 Ctm. Breite. Speckig belegt. Urethritis. 8. Juni: Jodol, Jodolmull. 12. Juni: Gesunde Granulationen, Geschwüre kleiner. 16. Juni: Geheilt.

36. P. F., 29 Jahre, Bäckergehilfe. P.-Nr. 5182. Eingetreten am 16. Mai 1886: Lues gummosa. Multiple Geschwüre von je 1—2 Ctm. im Durchmesser mit speckigem Belag, unterminirten callösen Rändern innerhalb von Narbengewebe an beiden Unterschenkeln. 17. Mai: Jodolpulver, graues Pflaster, Verband. 25. Mai: $^1/_2$ Grm. Jodol innerlich. 5. Juni: Geschwüre noch immer schlecht belegt, Jodolspray, graues Pflaster. 8. Juni: Fest anhaftender, grünlicher Belag, mehrmalige gründliche Aetzungen, Jodolspray, graues Pflaster. 11. Juni: Besseres Aussehen. 17. Juni: Verkleinert, gesund granulirt. 26. Juni: Der grösste Theil geheilt.

37. N. J., 22 Jahre, Fleischer. P.-Nr. 5374. Eingetreten am 19. Mai 1886: Ulcera specifica, Adenitis inguinalis suppur. d. (Flache Substanzverluste, eitrig belegt, im Frenulum und Innenblatte des Präputiums). 19. Mai: Jodol. 22. Mai: Geschwüre geheilt, schmerzhafte, haselnussgrosse Drüsenanschwellung der rechten Leiste. Jodol-

collodium, Kataplasma Lelièvre, 2 Grm. Inunctionen. 28. Mai: Spaltung der inzwischen 8 Ctm. lang, 4 Ctm. breit gewordenen fluctuirenden Adenitis. Verticalschnitt 8 Ctm. lang, Auskratzung, Jodolmullverband. 31. Mai: Verbandwechsel, Wunde rein. 4. Juni: Verbandwechsel, Grund gehoben, schöne Granulation. 11. Juni: Hautreizung in der Umgebung der Wunde. Offener Verband. 17. Juni: Träge Ueberhäutung. Jodol, graues Pflaster. 20. Juni: Rüstig vorschreitende Ueberhäutung.

38. Z. F., 27 Jahre, Schlosser. P.-Nr. 1577. Eingetreten 12. Februar 1886: Ulcus sclerotic. cum Adenitide inguin. suppur. Chancröse Bubo immer weiter um sich greifend, zeitweise Jodolmullbehandlung, die aber ebenso wenig als die anderen Behandlungsweisen einen Stillstand der Ulceration und Reinigung des Grundes erzielt. (Sublimat, Carbol, Jodof.); endlich 19. März: Spaltung und Auskratzung aller Recesse in der Narkose, Jodolverband, Heilung bis 15. April.

39. M. F., 31 Jahre, Buchbinder. P.-Nr. 5612. Eingetreten 25. Mai 1886: Sclerosis exculcer. in fac. intern. praeput. von 2 Ctm. Länge und Breite; Phimosis; Kupferausspritzung. 31. Mai: Phimose behoben, Sklerose rein, Jodol, graues Pflaster. 10. Juni: Sklerose überhäutet.

40. K. J., 42 Jahre, Schlossergeselle. P.-Nr. 6330. Eingetreten 13. Juni 1886: Ulcus specif. (linsengross, speckig belegt). 13. Juni: Jodolpulver, Jodolmull. 15. Juni: Gereinigt. 16. Juni: Fast überhäutet. 20. Juni: Ueberhäutet.

41. S. E., 32 Jahre, Buchbinder. P.-Nr. 5718. Eingetreten 27. Mai 1886: Ulcus indur., Adenitis inguin. dextr. suppur., ein 1 Ctm. langes und breites Ulcus, speckig belegt am Innenblatte, ein 6 Ctm. langes, 4 Ctm. breites Drüsenpacket rechts. Kupferverband, Jodolcollodium, graues Pflaster auf die Drüsen. 29. Mai: Geschwüre gereinigt. 5. Juni: Geschwüre überhäutet, Drüse zurückgegangen.

42. To. F., 32 Jahre, Goldarbeiter. P.-Nr. 5672. Eingetreten 27. Mai 1886: Ulcera specifica in sulco glandis, zwei von Linsengrösse; zuerst Kupferverband. 1. Juni: Ein Geschwür gereinigt, das andere noch speckig belegt, Jodol. 5. Juni: Ein Geschwür überhäutet, das andere gereinigt. 11. Juni: Auch das zweite Geschwür überhäutet.

43. W. S., 31 Jahre, Taglöhner. P.-Nr. 3918. Eingetreten 15. April 1886: Phthisis pulm., Ulcus cruris gangraenos. Auf das





nach essigsaurer Thonerde gereinigte Ulcus wird am 21. April Jodol, weisse Salbe angewendet, darunter stetig fortschreitende Granulation, am 12. Mai: Wundfläche um mindestens ein Viertel kleiner und gesund, von da durch einige Zeit Jodoform. Heftpflaster.

44. E. F., 23 Jahre, Student. P.-Nr. 5885. Eingetreten 1. Juni 1886: Ulcera specifica (am Sulcus), Adenitis inguin. suppur., Ulcera reinigen sich unter Kupfer. 1. Juni: Jodolcollod. Kataplasma Lelièvre 2 grm. Inunction., 3. Juni: Jodolpulver, rasche Heilung, am 7. Juni: Spaltung der Adenitis mit einem 5 Ctm. langen Schnitte, Jodolmullverband. 10. Juni: Verbandwechsel, Wunde schön, im unteren Winkel eine Drüse sich vorwölbend. 16. Juni: Verbandwechsel. 25. Juni geheilt.

45. K. M., 28 Jahre, verheirathet. P.-Nr. 5634. Eingetreten 10. Mai 1886: Adenitis inguin. sin. suppur. Gummöser Bubo. 13. Mai: Gespalten, 12 Ctm. langer Schnitt, die Hautränder abgetragen bis zu ungefähr 5 Ctm. Breite, der grösste Theil des Grundes ausgekratzt, Jodolmullverband. 18. Mai: Verbandwechsel, gesunde, üppige Granulationen. 24. Mai: Verbandwechsel, Grund vollkommen gehoben, Wunde bedeutend verkleinert, in ambulatorische Behandlung entlassen.

## B. Weibliche Kranke.

1. B. E., 16 Jahre. P.-Nr. 2564. Eingetreten 12. März 1886: Sclerosis nymph. sin. Ulcus ad commissur. inf. 13. März: Jodolspray, Jodolgazetampons, graues Pflaster. Geheilt entlassen 23. März.

2. A. P., 17 Jahre. P.-Nr. 2311. Eingetreten 4. März 1886: Erosion. port. vagin. catarrh. Jodoltamponade, geheilt entlassen 16. März.

3. J. A., 24 Jahre. P.-Nr. 2689. Eingetreten 16. März 1886: Errosion. port. vagin. catarrh. Jodoltamponade. 18 März geheilt entlassen.

4. F. M., 20 Jahre. P.-Nr. 2317. Eingetreten 4. März 1886: Bartolin. sin. Eros. portion. vagin. 6. März: Spaltung unter Cocaïn. Reine Jodolbehandlung, Jodoltampons an die Portio. 18. März geheilt entlassen.

5. K. M., 20 Jahre. P.-Nr. 500. Eingetreten 13. Jänner 1886: Syphil. condylomat. Papul. mucos. labii inf. Jodoformspray, graues





Pflaster, Tamponade. 12. März: Jodoltamponade und Spray. 20. März örtlich geheilt entlassen.

6. S. E., 28 Jahre, P.-Nr. 1151. Eingetreten 13. Jänner 1886: Lues cut. macul. Papul. muc. portion. vagin., Jodoformspray, Tamponade. 2. März: Jodoltampon. u. Jodolspray auf die Portio. März: Schmiertouren. 20. März geheilt entlassen.

7. W. M., 21 Jahre. P.-Nr. 2690. Eingetreten 16. März 1886: Vaginit. catarrh., Erosion. port. vagin., Laryngitis, Jodolspray, Jodoltampon. auf die Portio. 27. März geheilt entlassen.

8. K. B., 23 Jahre. P.-Nr. 2336. Eingetreten 4. März 1886: Ulcus sclerot. labii d., Jodolspray u. Gaze, graues Pflaster, drei Touren. localer Inunction. 27. März geheilt entlassen.

9. S. K., 20 Jahre. P.-Nr. 1759. Eingetreten 16. Februar 1886: Ulcus sclerot., Lymphadenitis inguin. scler. sin. 18. Februar: Jodoformspray. 8. März: Jodolspray und Gaze, 5 T. Inunctionen. Das grosse schmetterlingsartige Ulcus an der oberen Commissur und seitlich ad introitum bis 17. März langsam, von da an rasch überhäutet. 27. März Symptomlos entlassen.

10. H. A., 21 Jahre. P.-Nr. 2314. Eingetreten 4. März 1886: Bartholin. d., Vaginit., Urethritis. 9. März: Spaltung der grossen Abscesshöhle, Jodolgazeverband. 12. März: Gut aussehende Granulation, rasche Auskleidung der Abscesshöhle mit Epithel. 30. März geheilt entlassen.

11. N. S., 33 Jahre. P.-Nr. 2027. Eingetreten 14. März 1886: Lues condylom., Papulae. mucos. labior. Jodolspray, Inunctionen. 31. März entwichen, Condylome abgeflacht.

12. W. B., 25 Jahre. P.-Nr. 2495. Eingetreten 10. März 1886: Lues condylomat., Vaginitis. 12. März: drei Touren, Jodolspray, graues Pflaster. 19. März: Condylome geschwunden. 3. April örtlich geheilt.

13. L. T., 18 Jahre. P.-Nr. 3113. Eingetreten 26. März 1886: Lues condylomat., Condylomata exulcerata, Jodolspray und Gaze. eine Tour. 1. April: Condyl. abgeflacht. 13. April: Symptomlos entlassen.

14. C. A., 20 Jahre. P.-Nr. 2501. Eingetreten 10. März 1886: Ulcer. in facie muc. nymph. Lues condylomat. Jodolspray u. Gaze, drei Tour. Ausgedehnte, fast die ganze mucöse Fläche der promin. Nymphen einnehmende Ulcera. 19. März: Ulcera reinigen sich, von da an sehr rasche Ueberhäutung. 3. April: Geheilt entlassen.

15. T. A., 60 Jahre. P.-Nr. 2095. Eingetreten 26. Februar 1886: Lues gummosa, Rupia, Jodolpulver, graues Pflaster. Ausgedehnte Gummata am Handrücken beider Vorderarme und am os sacrum, rasche Granulationsbildung und Ueberhäutung. Kein Jod im Harne nachweisbar. 6. April: geheilt entlassen.

16. P. M., 23 Jahre. P.-Nr. 3296. Eingetreten 30. März 1886: Syphil. condylomat., Urethrit., Vaginit., Jodoläthérspray, Jodoltamponade. 11. April: Rasches Abflachen der Condylome. 18. April: Symptomlos entlassen.

17. P. M., 20 Jahre. P.-Nr. 2942. Eingetreten 22. März 1886: Lues condylomat., Vaginit. blennorrh., Sclerosis. Jodolspray, 3 Touren, graues Pflaster. 8. April: Condylome geschwunden.

18. V. Th., 31 Jahre. P.-Nr. 1016. Eingetreten 27. Jänner 1886: Syphil. papul. squam., Syphil. condylomat., Papul. mucos. portion. vagin. Graues Pflaster, Jodolspray, Jodol auf die Portio. Sechs Schmiertouren. Schwere Form, hartnäckiges Exanthem im Gesichte und auf der Stirne (Sublimatumschläge). Ausgedehnte Papeln an der Portio (Jodolspray und Tampon.). 8. April: Symptomlos entlassen.

19. U. Th., 24 Jahre. P.-Nr. 3030. Eingetreten 24. März 1886: Lues condylomat., Fistul. recto-vaginal., Jodoläthérspray, zwei Schmiertouren. 3. April: Condylome geschwunden.

20. W. F., 24 Jahre. P.-Nr. 2721. Eingetreten 16. März 1886: Lues condylomat., Adenitis scler. inguinal., Intertrigo, Vaginit. Vier Touren, Jodolspray, ausgebreitete Condylomatose. 31. April: Condylome geschwunden.

21. Z. K., 21 Jahre. P.-Nr. 2999. Eingetreten 24. März 1886: Vaginitis, Urethritis, Bartholinitis, Syphil. condylomatos. Vier Touren. Jodolspray, graues Pflaster, essigsaure Thonerde auf die Bartholinitis. Schwere Stomatitis. Granulirende Abscesshöhle mit Jodolpulver behandelt. Ueppige Granulationen, rasche Ueberhäutung.

22. P. H., 17 Jahre. P.-Nr. 3015. Eingetreten 24. März 1886: Urethritis, Vaginitis, Parametritis, Kataplasma. Sublimatirrigation, Morphium 0·04—2·00, Jodoltamp. 10. April: Geheilt.

23. S. A., 21 Jahre. P.-Nr. 3082. Eingetreten 26. März 1886: Ulcus specific. Lymph. sclerotic. Injectionen mit Hydrarg. formamid. Ausgebreitete Ulcera, rasche Ueberhäutung unter Jodolspray.





24. W. A., 20 Jahre. P.-Nr. 3407. Eingetreten 3. März 1886: Ulc. scler. nymph. d. Pityriasis. Jodolätherspray, Salicyläthervaselin. Sapo virid. 13. April: Geheilt.

25. N. F., 20 Jahre. P.-Nr. 1365. Eingetreten 6. Februar 1886: Ulcus specific. fistul. commissur. post. 16. Februar: Spaltung der Fistel, Jodolätherspray. 13. April: Geheilt entlassen.

26. K. A., 18 Jahre. P.-Nr. 3300. Eingetreten 30. März 1886: Lues macul. papul., Sclerosis commissur. poster. exulcer., Mollusca contagios. Inunction, Jodolspray. 13. April: Sclerose, geheilt.

27. K. M., 19 Jahre. P.-Nr. 3200. Eingetreten 28. März 1886: Vaginitis, Urethritis, Erosion. portion. vagin., Eczema faciei. Salicylpasta, Jodoltamponade II. III. 15. April: Geheilt.

28. K. M., 26 Jahre. P.-Nr. 2784. Eingetreten 18. März 1886: Lues gummosa. Gummata exulcerata Tophi. Jodolcollodium, graues Pflaster auf die Tophi und Gummata. Rasche Heilung der zahlreichen tiefen Gummageschwüre, Jodol $1/2$ Gr. pro die, innerlich. 15. April: Geschwüre geheilt.

29. J. A., 19 Jahre. P.-Nr. 3000. Eingetreten 24. März 1886: Urethritis, Vaginitis, Erosion. portion. vagin. Jodoltampon., 17. April: Geheilt.

30. P. A., 38 Jahre. P.-Nr. 3965. Eingetreten 16. April 1886: Lues gummosa. Jodol innerlich, graues Pflaster. 28. April: Auf eigenes Verlangen entlassen.

31. D. K., 22 Jahre. P.-Nr. 2227. Eingetreten 2. März 1886: Vaginitis blennorrhagica, Parametritis lat. dextri, Proc. puerper. Jodjodkaliglycerin äuss. Priessnitz'sche Umschläge, Roborantia, Ausspülung mit Sublimat, später Jodoltampon. 20. April: Geheilt.

32. P. A., 23 Jahre. P.-Nr. 3865. Eingetreten 13. April 1886: Vaginitis et Erosion. portion. vagin. catarrh. Jodolglycerintampon. 20. April: Geheilt.

33. S. A., 26 Jahre. P.-Nr. 3199. Eingetreten 28. März 1886: Lues condylomatos., Furunculosis. Jodolspray, graues Pflaster, drei Touren. 20. April: Symptomlos entlassen.

34. W. M., 20 Jahre. P.-Nr. 3081. Eingetreten 26. März 1886: Ulcus sclerotic., Adenitis d., Bartholinitis sinistr., drei Touren, local Jodolätherspray, graues Pflaster, Kataplasma, rasche Ueberhäutung und Resorption der Sklerose. 22. April: Entlassen.

35. M. A., 25 Jahre. P.-Nr. 2625. Eingetreten 14. März 1886: Syphilis cut. macul. papul. et condylomat., Vaginitis, Schwere secundäre Form der Syphilis mit starkem Exanthem im Gesicht, fünf Touren, Sublimat aufs Gesicht, local Jodolätherspray. 22. April: Symptomlos.

36. S. A., 21 Jahre. P.-Nr. 3406. Eingetreten 2. April 1886: Syphil. condylomat., Papul. portion. vagin. Jodolspray und Jodoltampon. auf die Portio, Jodolätherspray äusserlich, drei Touren. 22. April: Symptomlos.

37. S. R., 25 Jahre. P.-Nr. 3426. Eingetreten 3. April 1886: Lues condylomatosa. Injectionen mit Hydrarg. formamid., Jodolätherspray. 22. April: Condylome geheilt.

38. J. A., 24 Jahre. P.-Nr. 3801. Eingetreten 13. April 1886: Oedema sclerotic. nymph. d., Scleros. nymph. d. Jodolätherspray, eine Tour. 22. April: Geheilt. Weitere Behandlung durchgemacht.

39. B. J., 24 Jahre. P.-Nr. 2331. Eingetreten 4. März 1886: Syphil. condylomat., Erosion. portion. vagin. Grosse Infiltrate ad Genitalia. Jodolspray, graues Pflaster, sechs Touren. 24. April: Oertliche Symptome geheilt.

40. N. A., 20 Jahre. P.-Nr. 3875. Eingetreten 13. April 1886: Ulcus sclerotic. commissur. poster. Jodolätherspray, graues Pflaster. 29. April: Geheilt.

41. T. T., 20 Jahre. P.-Nr. 3862. Eingetreten 13. April 1886: Ulcus sclerot. Jodolätherspray. 29. April: Geheilt.

42. K. A., 19 Jahre. P.-Nr. 3706. Eingetreten 16. März 1886: Ulcera multiplicia, Adenitis inguin. d. Sechs Touren, local Kataplasmen, Jodolcollodium, Jodolspray. 29. April: Geheilt.

43. P. A., 21 Jahre. P.-Nr. 4121. Eingetreten 21. April 1886: Lues condylomat. Jodolspray, zwei Touren. 1. Mai: Oertlich geheilt.

44. J. M., 20 Jahre. P.-Nr. 4057. Eingetreten 19. April 1886: Ulcus sclerotic., Urethritis, Jodoltamponade, Jodolspray, zwei Touren. 1. Mai: Oertlich geheilt.

45. M. B., 31 Jahre. Pr.-Nr. 3820. Eingetreten 13. April 1886: Papillomata acumin. Dacryocystitis. 19. und 22. April: Unter Cocaïnanaesthesie Abtragung der Papillome. Unter Jodolverband rascher, günstiger Wundheilungsverlauf. 1. Mai: Geheilt.

46. S. A., 45 Jahre. P.-Nr. 3697. Eingetreten 7. April 1886: Sclerosis commissur. poster. exulc., Lues condylomat., macul. papulos.

cutan., Papul. mucos. oris, drei Touren, Jodoltampon., Jodolspray graues Pflaster. 1. Mai: Symptomlos.

47. H. A., 52 Jahre. P.-Nr. 3541. Eingetreten 6. April 1886 Lues gummosa. Graues Pflaster local, Jodol 0·5 pro die innerlich 1. Mai: Gummata resorbirt.

48. G. A., 26 Jahre. P.-Nr. 4069. Eingetreten 19. April 1886: Urethritis, Vaginitis herpetica, Intertrigo. II. III. Jodolglycerintampon., Sublimatausspülung. 4. Mai: Geheilt.

49. T. M., 20 Jahre. P.-Nr. 3675. Eingetreten 9. April 1886: Lues condylomat., Scleros. initial. commissur. post., zwei Touren mit Ungu. hydr. 10. April: Jodolspray, graues Pflaster, Touchirung im Halse. 22. April: Condylome abgeflacht. 28. April: Condylome geschwunden.

50. L. A., 18 Jahre. P.-Nr. 3865. Eingetreten 13. April 1886: Lues condylomatosa, Jodoläther, graues Pflaster local, drei Touren, 25. April Condyl. abgeflacht. 4. Mai: Oertlich geheilt.

51. M. M., 16 Jahre. P.-Nr. 3872. Eingetreten 13. April 1886 Urethritis, Vaginitis, Catarrh. cervic. uteri, Ulcus specif., Jodolglycerintampon, Jodoläther. 6. Mai: Geheilt.

52. K. M., 18 Jahre. P.-Nr. 4402. Eingetreten 29. April 1886: Vaginitis cat., Pityriasis, Salyciläthervaselin, Jodoltamponade der Vagina. 5. Mai: Geheilt.

53. S. M., 20 Jahre. P.-Nr. 4570. Eingetreten 3. Mai 1886: Folliculitis nymph. d. Vaginitis catarrh. Jodolspray. 8. Mai: Geheilt.

54. K. A., 19 Jahre. P.-Nr. 3441. Eingetreten 3. April 1886: Lues condylomat., Catarr. cervic. uteri, Icterus gastroduoden. 13. April: Jodolspray, graues Pflaster, Jodoltamponade, drei Touren. 8. Mai: Geheilt.

55. K. B., 20 Jahre. P.-Nr. 4757. Eingetreten 7. Mai 1886: Vaginit. catarrhal., Jodoltamponade. 11. Mai: Geheilt.

56. K. H., 19 Jahre. P.-Nr. 3295. Eingetreten 30. März 1886: Ulcus specif. nymph. d., Adenitis inguin. et crur. suppur. lat. sin. Tiefes, kraterförmiges Ulcus an der Kante der l. Nymphe. 3. April: local Jodolätherspray, Jodolcollodium, Kataplasma auf die Drüsen. 21. April: Spaltung eines faustgrossen Bubo crural. unter Coc. (0·1 subcut.) Evidement, Jodolgazeverband, dreimaliger Verbandwechsel. 7. Mai: Ueppige Granulationen. 11. Mai: Geheilt.



57. R. A., 18 Jahre. P.-Nr. 4286. Eingetreten 27. April 1886: Urethritis, Vaginitis, Parametritis, II., III., Priessnitz'sche Umschläge. Jodoltamponade. 11. Mai: Geheilt.

58. L. F., 19 Jahre. P.-Nr. 4407. Eingetreten 29. April 1886: Sclerosis initialis nymph. d., Lues condylomat. Papul. portion. vaginal. local Jodolätherspray, graues Pflaster, Jodolglycerintampons. 7. Mai: Sclerosis resorbirt, Condylome geschwunden, zwei Touren. 11. Mai: Geheilt.

59. K. M., 19 Jahre. P.-Nr. 4573. Eingetreten 3. Mai 1886: Urethritis, Vaginitis. Inject. 2, 3. Jodoltamponade. 13. Mai: Geheilt.

60. P. O., 18 Jahre. P.-Nr. 4068. Eingetreten 19. April 1886: Urethritis, Vaginitis, Lues cut. maculopapul., Jodolätherspray, graues Pflaster, vier Touren. 15. Mai: Geheilt.

61. N. A., 35 Jahre. P.-Nr. 3678. Eingetreten 9. April 1886: Lues gummosa, Phlebitis, Lymphangoitis cruris femor. d. Gummata plantae pedis. Zahlreiche trichterförmig nach abwärts sich erweiternde, bohnengrosse Hautgummata in der Mitte der Fusssohle zu einem Handteller grossen Substanzverluste zusammengeflossen. 25. April: Gummata gut granulirende Flächen darstellend. Jodolpulververband, graues Pflaster. 30. April: Gummata überhäutet, kein Jod im Harne. 15. Mai: Entlassen.

62. S. A., 17 Jahre. P.-Nr. 4665. Eingetreten 5. Mai 1886: Sclerosis initialis, Lues condylomatosa, Jodolspray, graues Pflaster, eine Tour. 15. Mai: Oertlich geheilt.

63. J. J., 17 Jahre. P.-Nr. 4632. Eingetreten 5. Mai 1886: Ulcus sclerotic. commissur. post. Bartholinitis, Lues condylomatos. 5. Mai: Kupferverband. 8. Mai: Jodolätherspray, Kataplasma auf die Bartholinitis. 15. Mai: Geheilt.

64. K. M., 19 Jahre. P.-Nr. 4667. Eingetreten 5. Mai 1886: Lues condylomat., Jodolätherspray, graues Pflaster, $1^1/_2$ Touren. 12. Mai: Condylome abgeflacht. 15. Mai: Condylome geschwunden.

65. J. J., 17 Jahre. P.-Nr. 4632. Eingetreten 5. Mai 1886: Ulcus sclerot. commissur. post., Lues condylomat. Bartholinitis. Ein grosses, im Narbengewebe liegendes Ulcus. 6. Mai: Inunctionen $1^1/_2$ Touren, Kupfer. 8. Mai: Jodolätherspray. 12. Mai: Kataplasma auf die Bartholinitis. 8. Mai: Ulcus gereinigt. 12. Mai: Ueberhäutet. 15. Mai: Entlassen.



66. K. M., 19 Jahre. P.-Nr. 4667. Eingetreten 5. Mai 1886: Lues condylomatosa. 6. Mai: Inunctionen, $1^1/_2$ Touren, Jodolätherspray, graues Pflaster. 12 Mai: Condylome abgeflacht. 14. Mai: Condylome geschwunden.

67. S. S., 24 Jahre. P.-Nr. 4233. Eingetreten 25. April 1886: Lues condylomat., Jodolspray, graues Pflaster, sechs Injectionen mit Formamid. 7. Mai: Condylome abgeflacht. 15. Mai: Oertlich geheilt.

68. Z. E., 18 Jahre. P.-Nr. 3356. Eingetreten 1. April 1886: Ulcus sclerotic., Lues condylomatosa, Lues cut. macul. papul. Mikrophthalmus. Ausgedehntes tiefes Ulcus an der h. Commissur, am Frenulum u. zw. den Carunkeln, bei sehr enger, reichlich secernirender Vagina. Schwierige Trockenlegung und Trockenhaltung der Ulceration. Zahlreiche in Condylome umgewandelte Folliculitiden an den Labien. 3. April: Jodolspray, graues Pflaster. 12. April: Vorderes Ulcus am Frenulum ausgeheilt. 20. April: Kupferätzung. 25. April; Inunctionen. $3^1/_2$ Touren. 8. Mai: Condylome abgeflacht. 17. Mai: Ulcus zwischen den Carunkeln überhäutet. 18. Mai: Geheilt entlassen.

69. B. A., 23 Jahre. P.-Nr. 4266. Eingetreten 27. April 1886: Ulcus sclerotic., Oedema sclerotic. labii d. Jodolspray. 8. Mai: Sclerose überhäutet. 18. Mai: Resistenz geschwunden, drei Touren.

70. V. E., 20 Jahre. P.-Nr. 4663. Eingetreten 5. Mai 1886: Urethritis, Ulcus specific., Vaginitis, Lues cut. macul., Sublimatausspülungen und Jodoltamponade der Vagina, II. III. Jodolätherspray, Inunctionen, zwei Touren. 16. Mai: Ulcus überhäutet, Harn klar, Stomatitis.

71. N. S., 30 Jahre. P.-Nr. 2627, 4232, 4453. Eingetreten 14. März, 25. April, 1. Mai: Lues condylomatosa, Papul. mucos. oris, Touchirung der Plaques mit Lapis, Jodolspray, Inunctionen, drei Touren. 31. März: Condylome überhäutet.

72. P. E., 21 Jahre. P.-Nr. 5677. Eingetreten 27. Mai 1886: Folliculitis nymph. d. Jodolspray, graues Pflaster. 1. Juni: Geheilt.

73. S. J., 37 Jahre. P.-Nr. 3556. Eingetreten 6. April 1886: Sclerosis initial. mammae d., Lues condylomatosa, Lues cut. macul. papul. pustul., Infection durch ein angenommenes Findelkind, das Papeln an den Lippen hatte; ausgebreitete Condylomatose, Wucherung an beiden Mammis und an den Genitalien. Suspens. mammae, Jodol



spray, graues Pflaster auf die Condylome, vier Inunctionstouren. 22. Mai: Symptomlos.

74. N. A., 32 Jahre. P.-Nr. 4824. Eingetreten 9. Mai 1886: Lues condylomatosa, Jodolspray, graues Pflaster, Inunctionen, eine Tour. 17. Mai: Condylome abgeflacht. 22. Mai: Geschwunden.

75. K. B., 22 Jahre. P.-Nr. 4731. Eingetreten 7. Mai 1886: Lues condylomat., Adenitis sclerotica., Papul. mucos. oris. Jodolspray, Touchirung der Plaques mit Lapis. 14. Mai: Inunctionen, zwei Touren. 17. Mai: Infiltrate an den Nymphen geschwunden. 19. Mai: Infiltrate an den Labien abgeflacht. 21. Mai: Infiltrate ad anum et genitalia geschwunden.

76. W. S., 19 Jahre. P.-Nr. 4844. Eingetreten 9. Mai 1886: Ulcus specific., Bartholinitis, Vaginitis, Papul. mucos. oris, Jodolätherspray, Jodolgaze, Kataplasmen, Jodolgazetampon. Nach viertägiger Jodolbehandlung Reinigung des Ulcus. 17. Mai: Bartholinitis zurückgegangen. 25. Mai: Symptomlos.

77. K. A., 19 Jahre. P.-Nr. 4809. Eingetreten 9. Mai 1886: Ulcera multiplicia, rhagades ani, Herpes progenitalis, Inunctionen, zwei Touren, local Jodolspray, Jodolgaze, Carbolglycerin ad anum. 22. Mai: Ulcera überhäuten sich. 25. Mai: Ulcera überhäutet. 27. Mai: Oertlich geheilt.

78. B. E., 17 Jahre. P.-Nr. 4722. Eingetreten 7. Mai 1886: Lues condylomatosa, Urethritis, Vaginitis, Injection 2, 3. Tamponade, Jodolspray, graues Pflaster, Inunctionen, zwei Touren. 14. Mai: Infiltrate geschwunden.

79. R. A., 25 Jahre. P.-Nr. 4576. Eingetreten 3. Mai 1886: Lues condylomat., Lues cut. macul. papul. squamos., Papul. mucos. oris, Ulcera sclerotica. Fistula rectovaginalis et rectoperinealis. Tampon. Jodolspray, Jodolgaze, graues Pflaster, Inunctionen, drei Touren, Lapis auf die Papul. mucos. oris. 14. Mai: Ulcus an der vorderen Commissur überhäutet. 23. Mai: Die rectovaginale Fistel ist geschlossen, das über ihr befindliche Ulcus geheilt.

80. K. A., 20 Jahre. P.-Nr. 3010. Eingetreten 24. März 1886: Lues condylomatosa, Papul. mucos. oris. Faustgrosse, stark papillär gewucherte, bis $1^1/_2$ Ctm. hohe Condylome an den Labien, in den Genitocruralfalten. Jodolspray, graues Pflaster, Inunctionen, fünf



Touren, Lapistouchirung im Munde und ad anum. 18. April: Condylome abgeflacht. 10. Mai: Condylome und papilläre Wucherungen geschwunden. 29. Mai: Symptomlos.

81. L. J., 17 Jahre. Pr.-Nr. 4291. Eingetreten 27. April 1886: Lues condylomatosa, Lues cut. papul. pustul., Acne cachectica. Schwere, pustulöse Exanthemform, Inunctionen, drei Touren, 3. Mai: Nachschub frischer Pusteln. 13. bis 20. Mai, 22. bis 24. Mai: Inunctionen wegen Stomatitis ausgesetzt. 7. Mai: Condylome abgeflacht. 19. Mai: Condylome geschwunden. 29. Mai: Symptomlos.

82. T. E., 20 Jahre. P.-Nr. 5378. Eingetreten 19. Mai 1886: Ulcus sclerotic. commissur. post., Ulcera multiplicia ad introitum. Papul. mucos. oris. 20. Mai: Kupferverband. 22. Mai: Jodolspray. Jodolgaze, Inunctionen, drei Touren. 22. Mai: Ulcera reinigen sich. 31. Mai: Ulcera überhäutet. 3. Juni: Oertlich geheilt.

83. S. A., 19 Jahre. P.-Nr. 5713. Eingetreten 27. Mai 1886: Urethritis, Vaginitis. Eitrige Secretion der Gerin. Divertikel. Sublimatirrigation, Jodolglycerintampon der Vagina, Injection 2, 3. 5. Juni: Harn klar. 8. Juni: Entlassen.

84. D. M., 23 Jahre. P.-Nr. 4728. Eingetreten 7. Mai 1886: Lues condylomatosa, Urticaria, Inunctionen, fünf Touren, Jodolätherspray, graues Pflaster. Ausgedehnte Condylome an den Labien und ad anum stark exulcerirt. 15. Mai: Condylome überhäutet. 25. Mai: Condylome geschwunden. 8. Juni: Oertlich geheilt.

85. J. A., 21 Jahre. P.-Nr. 5720. Eingetreten 27. Mai 1886: Urethritis, Vaginitis, Adenitis sclerotica universalis, Lues condylomat. II. III. Sublimatirrigation, Jodoltamponade der Vagina, Jodolspray. Sechs Inunctionen. 8. Juni: Oertlich geheilt.

86. S. M., 19 Jahre. P.-Nr. 5036. Eingetreten 13. Mai 1886: Vaginitis herpetica, Urethritis, Periurethritis, Erythrasma ad genitalia et anum. Das ganze Vaginalrohr mit Bläschen bedeckt, die einen klaren Inhalt zeigen. Grosse Empfindlichkeit beim Speculiren. Sublimatirrigation und Jodolglycerintamponade der Vagina. Trockenlegung der Innenfläche der Oberschenkel mit Jodolspray. 23. Mai: Die Bläschen, ohne Narben zu hinterlassen, geschwunden. 17. Mai: Abschuppung der Haut an den Innenflächen der Oberschenkel; die mikroskopische Untersuchung der Schuppen ergibt reichlich Hyphomyceten. 23. Mai: Innenfläche der Oberschenkel vollständig abgeschuppt, glatt. 10. Juni: Geheilt.

87. A. A., 17 Jahre. P.-Nr. 5571. Eingetreten 25. Mai 1886: Urethritis, Vaginitis, Oedema scleroticum labii sinistri., Injection 2, 3. Tamponade. 31. Mai: Inunctionen, zwei Touren, Jodolspray, graues Pflaster. 3. Juni: Sclerot. Oedem geringer. 10 Juni: Geschwunden. 10. Juni: Oertlich geheilt.

88. S. R., 23 Jahre. P.-Nr. 4227. Eingetreten 25. April 1886: Oedema sclerotic. labior. Sclerosis initial. commissur. posterior. Lues cut. macul. papul. squamos. Jodolätherspray, Jodolgaze, Inunctionen, sechs Touren, graues Pflaster. 6. Mai: Oedem der Labien geschwunden. 12. Mai: Sclerose überhäutet. 7. bis 15. Mai: Inunctionen wegen Kieferschmerz ausgesetzt. 1. Juni: Sclerose resorbirt. 12. Juni: Symptomlos.

89. E. A., 35 Jahre. P.-Nr. 3355. Eingetreten 1. April 1886: Ulcus cruris sin. ex eczemate et varicibus. 7 Ctm. langer, 2—4 Ctm. breiter Substanzverlust mit gelbgrau belegten Granulationen und sclerotischen Rändern. Jodolgazeverband. 15. April: Mit Heftpflaster-Constriction vereinigt. 5. April: Substanzverlust rein, granulirend. 22. April: Ueberhäutet, Jod im Harne nie nachweisbar. 22. April: Geheilt.

90. P. M., 30 Jahre. P.-Nr. 729. Eingetreten 19. Jänner 1886: Tuberculosis chr. pulm. Pleuritis obsol. d., Tuberculosis intestin., Tuberculosis recti et vulvae. Ausgedehnter, ulcer. Zerfall am r. Labium, Nymphe bis ad introitum und hint. Commissur. Ausgedehnte Ulceration im Rectum. Jodof.-Verband. 3. März: Jodolverband. 10. März: Jodol innerlich 0·5 pro die. Ausspülung des Rectums mit 0·3 Percent Salicyllösung. 11. Mai: Abtragung der r. Nymphe und des Labiums. Geschwüre in der Vulva reinigen sich, es beginnt vom Rande Ueberhäutung. 12. März: Zerfall innerhalb der granul. Fläche; im Sputum Tuberkelbacillen. 3. April: Abtragung der von den Ulcerationen ergriffenen Clitoris. 24. April: Kräfteverfall. 14. Mai: Tod unter Hirnerscheinungen.

91. J. A., 61 Jahre. P.-Nr. 4027. Eingetreten 29. April 1886: Ulcus cruris e varicibus. Epithelioma faciei. 4 Ctm. grosses, kreisrundes, übel belegtes Ulcus am l. Unterschenkel. Jodolgazeverband. 26. April: Ulcus rein granulirend. 15. Mai: Bis auf eine kreuzergrosse, oberflächlich granulirende Fläche geheilt. Kein Jod im Harne nachweisbar. 15. Mai: Geschwür geheilt.



92. K. K., 70 Jahre. P.-Nr. 4937. Eingetreten 11. Mai 1886: Ulcus. crur. l. utr., L. Amputationsfall, callöse Ränder, nekrotische Gewebsfetzen an den Geschwüren. 12. bis 14. Mai: Essigs. Verband, von da an Jodolgazeverband. 20. Mai: Ulcera gereinigt, callöse Ränder erweicht, Granulationen üppig.

93. F. R., 46 Jahre, k. vh. Bäuerin. P.-Nr. 4700. Eingetreten 6. Mai 1886: Multiple Gummata am Nasenrücken, im Kehlkopfe. Tophi. 12. Mai: Beginn der Jodoltherapie. Auf ein exulcerirtes Infiltrat am Nasenrücken und auf eine nach Excision eines Gummas an der Nase entstandene Wunde Jodolpulver. Auf die Tophi an der Clavicula und am Schienbein Jodolcollodium und graues Pflaster. Ausserdem Einreibungen. 2. Juni: Waren die Wunden geheilt, sämmtliche Infiltrate rückgebildet. Die Tophi bedeutend zurückgegangen, die Kranke der ambulatorischen Behandlung zugewiesen.

## IV.

## Resorptions- und Ausscheidungsverhältnisse von Jod bei der Jodoltherapie.

Wie schon aus dem Vorhergehenden ersichtlich ist, habe ich den Resorptions- und Ausscheidungsverhältnissen von Jod beim Jodolgebrauche besondere Aufmerksamkeit zugewendet. Aus den Erfahrungen bei der Jodoformtherapie war es geboten, eine besondere Vorsicht anzuwenden, um nicht jenen unliebsamen Zufällen ausgesetzt zu sein, die wohl jeder, der viel Jodoformverbände angelegt hat, erfahren musste. Allein diese Vorsicht hat sich alsbald als unnöthig herausgestellt, nachdem schon die ersten Versuche gezeigt haben, dass selbst bei vollständiger Ausfüllung grosser Wundflächen und Höhlen mit Jodolpulver und Jodolgaze nur ganz geringe Mengen Jods aufgesaugt wurden und in den meisten Fällen ganz in Uebereinstimmung mit den Angaben der Heidelberger chirurgischen Klinik überhaupt kein Jod im Harne nachweisbar war.

Zur Untersuchung bedienten wir uns der sehr empfindlichen Probe mit Chloroform und rauchender Salpetersäure, die auch eine quantitative Abschätzung gestattet. Untersucht wurde der Harn und der Speichel der Kranken.

Einige Beispiele sollen das Gesagte illustriren.



Im Falle 9. Mann, bei einer grossen $2^1/_2$ Ctm. breit, das Präputium circulär umfassenden exculcerirten Sclerose, ganz mit Jodolpulver und mit Jodolgaze verbunden, wurde während einer zehntägigen Behandlung täglich in der angegebenen Weise auf Jod untersucht, stets mit negativem Resultate.

Dasselbe negative Resultat bezüglich des Jodgehaltes von Harn und Speichel ergab die Untersuchung bei den gummösen Ulcerationen in den Fällen 14, 21, 27, 45 (Männer) und 93 (Weib). In dem Falle 43 (Mann) eines gangränösen Ulc. cruris bei einem Phthisiker, das den halben Unterschenkel einnahm, gab die Untersuchung auf Jod bei Jodolgebrauch ein negatives Resultat, allein auch die nach Aussetzen des Jodols unter dem Gebrauche des Jodoformverbandes vorgenommene Untersuchung des Harns lieferte gleichfalls ein negatives Resultat. Dieser bei genauer Occlusion der Wundfläche zu einer Zeit gewonnene Befund, da kein Jodoform sonst in dem Krankenzimmer verwendet wurde, bestätigt meine früheren Erfahrungen, dass von Fussgeschwüren aus auch bei Jodoformbehandlung wenig Jod resorbirt werde und dass ein reichlicherer Nachweis von Jodoform im Harne nur dann eintritt, wenn die Verbände nicht vollkommen schliessen oder sonst woher stammende Jodoformdämpfe eingeathmet werden.

Im Falle 38 (Männer) wurde erst nach 20stündigem Liegen des Verbandes auf dem Drüsenabscesse Jod in geringer Menge im Harne und Speichel am 9. Mai, aber nicht mehr am 13. Mai nachgewiesen. Der gleiche Befund einer geringfügigen Resorption von Jod in Fällen von vollständiger Ausfüllung grosser Höhlen nach Eröffnung und Auslöfflung von Drüsenabscessen ergab sich in allen Fällen von Adenitis suppurativa sowohl bei Männern wie bei Weibern. Dagegen traten in zwei Fällen der Privatpraxis, in welchen nach Spaltung des Drüsenabscesses eine tiefreichende Auslöfflung der Abscesswunde bei starker Blutung vorgenommen werden musste, grosse Mengen Jods im Harne und Speichel auf und jene Erscheinungen des Jodismus, die sich in leichter Benommenheit des Kopfes, Trockenheit im Munde äusserten, aber nach eintägiger Dauer wieder verschwanden.

Auch bezüglich der Versuche über die Resorptions- und Ausscheidungsverhältnisse bei innerlicher Darreichung von Jodol



will ich mich auf die Anführung einiger Beispiele beschränken, nachdem dieselben als Typus für alle Fälle angesehen werden können.

Die Fragen, die wir uns bei der innerlichen Darreichung des Jodols zur Beantwortung gestellt haben, abgesehen von jenen, die sich auf den therapeutischen Effect, den Jodismus etc. bezogen, waren: welche Zeit vergeht nach der Einverleibung des Jodols per os, bis Jod im Harne und Speichel nachweisbar ist und wie lange nach Aussetzen des Jodols dauert noch die Ausscheidung von Jod an?

Bei dem Versuche (1) im Falle 13 (Männer) mit gummöser Lues und Tabes wurde zunächst am 13. Mai mit $^1/_4$ Gramm Jodol in Oblaten begonnen und bis zum 20. Mai täglich um $^1/_4$ Gramm steigend, also an diesem Tage mit 2 Gramm die Darreichung geschlossen. Der Kranke hatte während dieser Zeit weder Magen- noch Darmbeschwerden, noch irgend welche andere Belästigung zu erfahren gehabt. Nur eine unbedeutende Acne ex jodo hatte sich eingestellt. Es wurde nicht auf den Beginn der Jodausscheidung geachtet, dagegen genau die Dauer der Ausscheidung nach dem Aussetzen des Jodols ermittelt. Dieselbe gestaltete sich folgendermassen. Am 21. und 22. Mai sehr grosse Mengen im Harn und Speichel; am 23. Mai reichliche Menge im Harn und Speichel; 24. Mai geringe Menge im Harn und Speichel; 25. Mai kein Jod im Harn, im Speichel noch deutliche Spur; 26. Mai weder im Harn noch im Speichel eine Spur nachweisbar.

Bei demselben Kranken wurde nun (2. Versuch), nachdem am 26. Mai schon kein Jod mehr nachweisbar war und auch am 27. Mai keines mehr gefunden wurde, an diesem Tage um 9 Uhr Vormittags $^1/_2$ Gramm Jodkali verabfolgt. Schon in dem ersten eine halbe Stunde später gelassenen Harne war Jod nachweisbar und nun in dem bei jedesmaliger Urinentleerung untersuchten Harne immer sehr reichlich bis zum Abend. Am 28. Morgens noch sehr deutliche Reaction im Harn und Speichel, Nachmittags nur im Harn noch Jod nachweisbar, im Speichel nicht mehr und am 29. Mai Morgens war weder im Harn noch im Speichel die geringste Spur Jods zu finden.

Nun wurde dem Kranken am 31. Mai (3. Versuch) um 9 Uhr Vormittags ein halbes Gramm Jodol verabfolgt. In dem um zehn



Uhr gelassenen Harne, also eine Stunde nach dem Einnehmen des Jodols als Pulver in Oblaten, war nur eine Spur von Jod nachweisbar. Um 11, 12, 1 Uhr zeigte der Harn und der Speichel immer grössere Mengen von Jod und die Ausscheidung hielt in beiden Secreten in gleicher Höhe noch am 1. und 2. Juni an. Am 3. Juni war noch mässig viel Jod im Harn und Speichel; am 4. Juni Vormittags waren noch deutliche Spuren von Jod im Harn, reichlicher im Speichel, Nachmittags kein Jod im Harn, aber noch Spuren im Speichel; am 4. Juni war weder im Harn noch im Speichel Jod enthalten.

Die Ausscheidung der gleichen Dosis Jodkali und Jodol ergab also für ersteres $2^1/_2$ Tage, für letzteres $4^1/_2$ Tage. Dabei ging die Resorption beim Jodkali ausserordentlich stürmisch vor sich, während sie sich beim Jodol viel langsamer vollzog. Die Ausscheidung bei Jodkali war durch den Speichel geringer und von kürzerer Dauer als beim Jodol.

Dieser Turnus von Darreichung des Jodkali und Jodols wurde bei diesem Kranken noch zweimal eingehalten und ergab immer dasselbe Resultat.

Im Versuche (8) bei einer 36jährigen verheirateten Friseursgattin mit Lues gummosa, Albuminurie, wurde am 7. Mai mit $^1/_4$ Gramm Jodol begonnen und bis zum 15. Mai täglich um $^1/_4$ Gramm steigend, also an diesem Tage mit 2 Gramm die Darreichung des Jodols in Oblaten geschlossen. Ohne weitere Beschwerden zu empfinden, trat am 17. Mai eine leichte Acne ex jodo auf. Am 16. Mai nachdem kein Jodol mehr genommen wurde, ergab die Untersuchung im Harne und Speichel sehr reichliche Jodausscheidung, ebenso am 17., 18., 19. Mai; am 20. Mai ist noch viel Jod vorhanden, am 21. Mai noch immer reichliche Reaction, am 23. Mai weder im Harn noch im Speichel Jod nachweisbar.

Nun wurde am 24. Mai (Versuch 9), nachdem am 22., 23. und vor der Einnahme am 24. Mai kein Jod im Harn und Speichel nachweisbar war, an diesem Tage und am nächstfolgenden 25. Mai je 8 Uhr Morgens und 4 Uhr Nachmittags $^1/_2$ Gramm Jodol verabreicht. Die Untersuchung des Harns und des Speichels ergab am 24. Mai 9 Uhr, also eine Stunde nach der ersten Dosis noch ein negatives Resultat der Joduntersuchung, um 10 Uhr deutliche Reaction im Harn und Speichel, um 11 Uhr



sehr reichliche Jodausscheidung und nahm am Nachmittag desselben Tages und am 25. Mai immer mehr zu. Nach Aussetzen der Jodolverabreichung war am 26. und 27. Mai sehr viel Jod im Harn und Speichel; am 28. Mai viel; am 29. Mai reichlich: am 30. Mai noch deutlich; am 31. Mai nur noch eine Spur; am 1. Juni kein Jod mehr in beiden Secreten.

Am 26. und 27. Mai klagte die Kranke über Brechneigung, unangenehmen Geschmack im Munde und Kratzen im Halse. Keine Temperaturerhöhung.

Nachdem seit dem 1. Juni kein Jod mehr in den Secreten nachweisbar war, wurde (Versuch 10) am 8. und 9. Juni um 8 Uhr Vormittags und 4 Uhr Nachmittags je $^1/_2$ Gramm Jodkali, also zusammen 2 Gramm verabfolgt. Am 8. Juni um 9 Uhr, also eine Stunde nach der ersten Dosis war Jod sehr reichlich im Harn und Speichel vorhanden und von da an immer reichlicher. Am 10. Juni Vormittags war im Harn und Speichel noch starke Jodausscheidung, Nachmittags nur im Harn reichliche, im Speichel nur geringe Reaction, am 11. Juni Vormittags im Harn und Speichel nur Spuren, Nachmittags kein Jod mehr nachweisbar.

Es geht aus den Versuchen 9 und 10 hervor, dass auch bei dieser Kranken die Jodausscheidung nach Jodkali- und Jodolgebrauch in gleicher Gabe, bei ersterem $1^1/_2$ bis 2 Tage, bei letzterem 6 Tage erforderte, dass die Resorption bei ersterem sich sehr stürmisch, bei letzterem allmälig vollzog.

Auch bei dieser Kranken wurde dieser Turnus von Darreichung des Jodkalis und Jodols noch einmal eingehalten und ergab dasselbe Resultat, bei Jodkali zwei Tage, bei Jodol fünf Tage der Jodausscheidung.

In derselben Weise wurden noch in zehn Fällen die vergleichenden Untersuchungen über die Resorptions- und Ausscheidungsverhältnisse bei Einverleibung von Jodkali und Jodol per os und zwar bei sonst gesunden, nur wegen chronischer Fussgeschwüre in Behandlung stehenden, sowie bei constitutionell Syphilitischen in verschiedenen Stadien und im Alter zwischen 18 und 60 Jahren stehenden Kranken beiderlei Geschlechtes angestellt, stets mit dem oben angegebenen Resultate.

In zwei von diesen Fällen traten am zweiten Tage des Jodolgebrauches vorübergehend Diarrhöen ein.



Hervorheben muss ich noch, dass in keinem Falle, selbst bei sehr starker Ausscheidung durch den Speichel die Erscheinungen von Stomatitis und Nasenkatarrh in stärkerem Masse aufgetreten waren, wie wir das bei Jodkali-Gebrauch oft in so hohem Grade finden, dass mit der weiteren Einnahme des Präparates ausgesetzt werden muss.

Vom therapeutischen Standpunkte sind diese protrahirten Ausscheidungen von Jod beim Jodolgebrauch, welche offenbar mit den schwierigen und daher nur allmälig stattfindenden Resorptionszuständen zusammenhängen, von grossem Werthe, indem bei verhältnissmässig kleinen Gaben, die ohne irgend welche Beschwerden zu verursachen, sehr gut vertragen werden, eine ausgiebige Jodwirkung erreicht wird. Bei der Syphilis aber, als einer chronischen Infectionskrankheit kommt Alles darauf an, dass die gegen sie gerichtete Behandlung in consequenter Weise und durch lange Zeit eingehalten werde.



# Histologische Untersuchungen über Lupus erythematosus Cazenave.

Von

**Dr. Robert B. Morison** aus Baltimore.

---

Die nachfolgend mitgetheilten Untersuchungen wurden auf Anregung des Herrn Prof. Pick in Prag vorgenommen, welcher die Güte hatte, mir das Material zur Verfügung zu stellen und mich wiederholt mit seinem Rathe zu unterstützen, wofür ich ihm meinen verbindlichsten Dank ausspreche.

Die Excision der untersuchten Hautstücke wurde von Herrn Prof. Pick selbst gemacht. Vor der Excision wurde die betreffende Hautpartie durch Injection einer zehnpercentigen Cocaïnlösung vollkommen anästhesirt, die Operation verlief daher für die Kranke vollkommen schmerzlos, ein Umstand, welcher es mir wahrscheinlich macht, dass an den Nerven selbst etwa durch die Operation bedingte plötzliche Veränderungen weniger veranlasst werden.

Die nachfolgende Krankengeschichte des Falles, von dem die Hautstücke entnommen wurden, ist mir von Herrn Dr. Winternitz, gegenwärtig Assistent des Prof. Pick, aus dem klinischen Protokolle mitgetheilt worden. Ich beschränke mich auf die Wiedergabe des diese Untersuchungen betreffenden Theiles.

O. T., 22 Jahre alte Kaufmannstochter. Patientin mittelgross, gut entwickelt, gut genährt, Knochenbau kräftig, Musculatur entsprechend, Lymphdrüsen nicht geschwollen.

Percussion und Auscultation der Lungen und des Herzens ergibt nichts Abnormes. Milz und Leber nicht vergrössert, Genitale jungfräulich, im Harne kein Albumen.





Haare braun, Iris graugrün, Teint brünett, zahlreiche Lentigin im Gesichte und an den Streckseiten der Arme. An letzteren, namer lich aber an den Streckseiten der Unterextremitäten die Haut trocke xerotisch und an den Unterextremitäten mit zahlreichen punktfö migen Kratzeffecten bedeckt. Von dieser Xerose frei sind die Kni kehlen und Leistenbeugen, sowie der übrige Körper.

An Stelle des Lippenrothes trägt die Unterlippe zusamme hängende, fest haftende braune Borken, in deren Umgebung fein zierlich gestrickte, narbenähnliche Streifen die Schleimhaut durc ziehen. Bei Druck auf die Borken quillt aus den Schrammen u Rissen etwas Eiter hervor. Nach Ablösung derselben — was ziemli schmerzhaft ist — kommt eine sehr dünne neue Lage von Epith zum Vorschein.

Ziemlich symmetrisch angeordnet sind an beiden Wangen, d Nase unter den Augenbrauen und der Vorderseite der Ohrmusche halbkreuzer- bis thalergrosse rothe Stellen vorhanden, deren leic elevirte Peripherie schuppt, während die centralen Partien ei schwachgelbe, schwer ablösbare Borke darbieten.

Am behaarten Kopfe, wo solche Efflorescenzen in grosser Za sich befinden, ist die Borkenbildung auffallender und sind die betre fenden Stellen haarlos.

Ziemlich symmetrisch längs der Wirbelsäule über dem Nacke beiden Schultern und den Lenden, an den Streckseiten der Ober- u Unterarme finden sich bis thalergrosse Efflorescenzen, die rothbra gefärbt, derb und scharf begrenzt sind.

In den unverkennbar ausgeprägten Gruppen der Arme sind d peripher gelegenen Infiltrate die kleineren, die central gelegenen d grösseren und zwar scheint dies bei einzelnen der letzterwähnten dur Zusammenfliessen mehrerer an und für sich grösserer Infiltrate g schehen zu sein.

Während die übrigen Charaktere dieser Efflorescenzen mit den am Kopfe übereinstimmen, zeigt sich bei einzelnen der grösseren I filtrate an den Armen ein auffallendes Emporragen über das Nivea der Haut (oft um 2—4 Mm.) Die Infiltrate zeigen verschiedene En wickelungsstadien von der einfachen Röthung bis zur starken Ve dickung der Haut; schwache, fest anhaftende Borkenauflagerun unter welcher die Haut stark geröthet ist und von welcher dün



Fäden in die erweiterten Talgdrüsenausführungsgänge hineinragen; endlich centrale Depression einer weisslich glänzenden Narbe.

Drei Hautstückchen wurden der obenerwähnten Patientin intra vitam am Rücken ausgeschnitten, jedes grösser als ein Zehnkreuzerstück und bis in das subcutane Bindegewebe hinabreichend. Sie stellten verschiedene Stadien der Krankheit dar und zwar aufsteigend von den Anfängen bis zu der vollen Entwickelung und Rückbildung derselben. Gehärtet wurden ein Stückchen in Osmiumsäure, ein anderes in Alkohol, das dritte in Müller'scher Flüssigkeit. Es wurden nun Schnitte mit dem Mikrotom gemacht und mit verschiedenen Tinctionsmitteln: Lithioncarmin, Hämatoxylin, Carmin und Methylviolett, Bismarckbraun, Weigert'sche Methode für Nerven, Gram'sche und Ehrlich'sche Methode für Mikroorganismen behandelt.

Bei Durchsicht der Präparate mit schwacher Vergrösserung zeigte sich in der ganzen Haut ein Entzündungsprocess rings um die Gefässe. Die obere und die untere Schicht des capillaren Netzwerkes ebenso wie die Gefässe um die Schweissdrüsen, die Talgdrüsen und das Neurolemm waren Sitz dieser Entzündung.

Bei stärkerer Vergrösserung liess sich erkennen, dass die Entzündung um die Gefässe, die in und rings um die Drüsen verlaufen, anfing, von da aus die Drüsengänge und Haarfollikel entlang weiterschritt und sich so allmälig ausbreitete, bis das reiche Capillarnetz der Papillärschicht die Infiltration flächenförmig verbreitete. Die Proliferation der Epithelzellen an den entzündeten Stellen war auffallend stark und charakteristisch, sie war in der Papillarschicht hie und da so weit vorgeschritten, dass die normal so deutliche Grenze zwischen Corium und Papillarschicht fast ganz verwischt und kaum zu unterscheiden war.

Die von den Gefässen ausgehende Proliferation der Zellen war durch die ganze Dicke der Haut an allen Drüsen, Drüsengängen, Haartaschen und Nerven sichtbar. In dem Corium war sie auf die genannten Stellen begrenzt und breitete sich nicht in das umliegende Gewebe aus.

Obwohl auf diese Weise die Infiltration an einzelnen Stellen auf den ersten Anblick den Eindruck einer malignen Neubildung machte, konnte man doch alsbald von einer solchen Annahme ab-



stehen, weil sie sich nicht zwischen die Maschen des Bindegewebes ausstreckte und auch an den Stellen der stärksten Entwicklung nicht die Stelle normalen Gewebes einnahm.

Der Unterschied zwischen den neugebildeten Zellen und den allmälig zu Grunde gehenden war sehr deutlich zu sehen, es war ein allmäliger Uebergang von normalen Epithelzellen zu jenen angeschwollenen, aufgeblasenen Zellen, welche am besten als hydropisch bezeichnet werden. Die Kerne dieser Zellen begannen zu schrumpfen und verschwanden endlich ganz. Die so merkwürdige Hyperplasie des Epithels wäre ohne Ende, wenn nicht die Veränderung der Zellbestandtheile deren frühzeitigen Tod verursachte.

In vielen Schnitten konnte man stellenweise Nekrose des Coriums und der papillären Schicht, aber nirgends Eiterbildung oder käsige Degeneration sehen. Der Nekrose des unterliegenden Gewebes folgte eine allmälige Zerstörung der Hornschicht, bis diese sehr dünn wurde oder gar abbröckelte.

Auf diese Weise entstehen die Narben, die so häufig nach dieser Krankheit zurückbleiben, aber doch eigentlich falsche Narben sind, da weder Eiterung noch Bildung fibrösen Gewebes vorhanden ist. Weder Vesikeln noch Pusteln kamen vor und die Epidermis über dem nekrotischen Gewebe überragte die umliegende Haut nicht.

Der Erfolg dieser Zellproliferation und der Entzündung war die active Neubildung der Epidermis, die Vermehrung der Schichten der Hornschicht und die Beschleunigung der Rückbildung derselben. Die oberen Lagen wurden von den von unten nachrückenden gänzlich abgestossen oder hafteten noch mehr oder weniger fest an.

Genaue Untersuchung zeigte die Entzündung an allen Schweissdrüsen der Haut und wenn man die Drüsengänge und die Gefässe, die von den Drüsen ausgehen, verfolgte, konnte man sehen, dass diese Entzündung die Gänge und Gefässe entlang stieg, bis sie sich rings um die Capillaren der Papillarschicht ausbreitete.

An einigen Stellen war die Entzündung des umgebenden Gewebes so stark, dass die Drüsen fast nicht zu sehen waren. Die Gefässe waren erweitert und vergrössert. Von einer Entzündung, die von den Capillaren der Papillarschicht ihren Anfang nimmt, unterschied sich diese durch die schwächere Affection der



oberen Schichten als der tiefen. Wanderzellen konnten deutlich nachgewiesen werden, da sie nicht allzu dicht aneinander gehäuft waren. Das Infiltrat schien nur mässig stark und ohne viel Heftigkeit aufgetreten zu sein und fehlte manchmal an Stellen über den Drüsen. Viele von den Drüsen mit ihren Gängen waren entzündet, während die dazu gehörigen Theile der Papillärschicht keinerlei Erscheinungen darboten. Die Drüsen waren also immer und zuerst entzündet, die Papillarschicht aber nur stellenweise und erst später.

Die Haartaschen mit den Talgdrüsen zeigten dieselben Veränderungen. Die Talgdrüsen zeigten starke Entzündung, gefolgt von einer ausserordentlichen Proliferation der Epithelzellen, die auf den ersten Blick auch in das umliegende Gewebe einzudringen schien. Gerade rings um diese Drüsen und die Haartaschen näherten sich die histologischen Veränderungen einem Epitheliom, doch liess fortgesetzte Untersuchung mehrerer Schnitte diese Idee als unmöglich erscheinen. Die Epithelzellen, anstatt sich einzuzwängen zwischen die umliegenden Gewebe und so über eine einfache Hyperplasie hinauszugehen, beschränkten sich auf ein circumscriptes Gebiet. Unter der Papillarschicht erstreckten sie sich nicht bis in das normale Gewebe hinein.

Die Nerven an den Schweiss- und Talgdrüsen zeigten auffallende Veränderungen. Es war nicht nur das Neurolemm von einem Infiltrat umgeben, sondern die Nerven selbst waren afficirt. Sie schienen knotig, uneben und stellenweise von Wanderzellen durchsetzt zu sein, so dass sie aufgequollen erschienen oder auch stellenweise knotige Auftreibungen und stellenweise Einschnürungen zeigten.

Trotz genauer Verfolgung der feinen Fasern längs der Gänge und Gefässe konnten diese Veränderungen nur in und um die Drüsen wahrgenommen werden.

Die Untersuchung auf Mikroorganismen war bis auf den Befund von Coccencolonien in den Drüsen und im Epithelstratum negativ. Die Coccen wurden nach Gram und Ehrlich gefärbt. Da dieselben Coccen im Epithel und in den Drüsen, sowie in den Ausführungsgängen derselben sehr gewöhnlich vorkommen, können wir denselben für diesen Process keine pathogene Bedeutung beimessen. Bacillen wurden jedoch keine gefunden.



Aus der ganzen Beschreibung des mikroskopischen Befundes scheint nun für diese, Lupus erythematosus genannte Krankheit keinerlei Gemeinschaft mit dem eigentlichen Lupus, ausser der beiden Krankheiten zukommenden Entzündung zu bestehen. Doch auch in dieser Beziehung sind die Unterschiede leicht zu erkennen. Es gibt da keine massenhafte Anhäufung von Wanderzellen, keine Riesenzellen und keine Spur von käsiger Degeneration.

Hebra, der diese Krankheit zuerst Seborrhoea congestiva und erst später nach Cazenave's Vorgang Lupus erythematosus nannte, hatte mit dem ersten Namen die Wesenheit des Processes besser bezeichnet, obwohl er nur die Affection der Talgdrüsen in Betracht zog. Die klinische Beobachtung, die nicht in den Rahmen dieser Untersuchung gehört, stimmt, soweit mir bekannt ist, mit der histologischen Untersuchung ganz gut überein.

Eine seit Langem offene Frage scheint nun wohl erledigt, dass nämlich auch eine von Talgdrüsen freie, nur Schweissdrüsen enthaltende Region nichtsdestoweniger Sitz der Krankheit sein kann.

Die angeführten histologischen Veränderungen lassen wegen der Verschiedenheit, die sie gegenüber denen beim Lupus zeigen, den üblichen Namen dieser Krankheit, Lupus erythematosus, als unrichtig und zu falschen Vorstellungen veranlassend erscheinen. Sie zeigen, dass die Krankheit in die Kategorie der Entzündungen, Dermatitis, gehört, die ihren Ausgang von den Drüsen nimmt, und sich so als Dermatitis glandularis erythematosa darstellt.



# Ein Fall von Hauthorn (Cornu cutaneum).

Mitgetheilt von

**Dr. Ferdinand Obtułowicz**

emer. klin. Assistent an der Krakauer Universität, k. k. Bezirksarzt in Buczacz.

---

Obzwar Fälle von Hauthörnern in der medicinischen Literatur nicht zu den ausserordentlich selten angeführten Anomalien gehören, da die bis nun notirten Fälle die Summe von 100 übersteigen, wie dies Lebert in seiner vortrefflichen Monographie (Ueber Keratosen oder die durch Bildung von Hornsubstanz erzeugten Krankheiten und ihre Behandlung, von Dr. Hermann Lebert, Breslau 1864) berichtet, so begegnet man doch diesem „Lusus naturae" oder „nisus excrescendi", wie ihn manche Autoren nennen, so ungemein selten sogar an dermatologischen Kliniken, denen ein ausserordentlich grosses Krankenmaterial zur Verfügung steht, dass eine kurze Notiz von meinem Falle wohl als berechtigt angesehen werden darf.

Um meine Anschauung noch mehr zu bekräftigen, sei es mir erlaubt, nur die kurze Bemerkung zu machen, dass sogar Hebra in seinem „Lehrbuch der Hautkrankheiten", II. Bd., S. 27 offen erklärt, er habe während seiner langen ärztlichen Laufbahn nur drei Fälle von Hauthörnern gesehen. Den einen sah er auf der Klinik des Prof. Schabus in Klagenfurt. An dem Dorsum penis eines Mannes sass ein über vier Zoll langes, kleinfingerdickes, etwas seitlich gekrümmtes Horn auf. Den zweiten älteren sah Prof. Hebra an einer weiblichen Kranken seiner Abtheilung. Sie trug ein $2^1/_2$ Zoll langes, rabenfederkieldickes, spitz endigendes Hörnchen auf dem Kopfe. Der dritte Fall präsentirte sich in Prof. Hebra's Privatordination. „Auf der Nasenspitze, etwas linkerseits, sass bei einem



Mann in den Fünfziger Jahren ein einen Zoll langes, federkieldickes, mit breiterer Basis aufsitzendes, nach vorne und unten etwas krallenförmig gekrümmtes, an der Aussenfläche schwach längsgeripptes, nach vorn stumpf zugespitztes Horn auf."

Um die Literaturangaben zu ergänzen, muss ich zuerst des vom Professor Oettinger in Krakau beschriebenen Falles von fünf Ctm. langen Hauthorn gedenken (Przeglad lekarski Nr. 1, 1862). Oettinger bemerkte an der behaarten Kopfhaut einer beinahe 30jährigen ganz gesunden Jüdin in Krakau ein fünf Ctm. langes und ungefähr kleinfingerdickes Hauthorn, welches an einer Stelle zwischen der Stirn und dem Scheitel und etwas linkerseits von der Pfeilnaht sass, an seiner Basis beinahe einen Ctm. im Durchmesser mass, und schön zweimal spiral gewunden war. Seine Spitze war dünn und lancettförmig. Das ganze Horn, welches sich binnen $1^1/_2$ Jahren entwickelt hatte, war grau-grünlich gefärbt, hart und längs-gerippt und gestreift. Oettinger meint, dass in ätiologischer Hinsicht in dem oben beschriebenen Falle die Entstehung des Horns der fortwährenden Reizung der Kopfhaut durch eine enganliegende Kopfbedeckung, wie sie Jüdinen in Polen im Gebrauche haben, zugeschrieben werden muss.

Ausser der schon erwähnten Arbeit von Lebert und jener von Hessberg (Beitrag zur Kenntniss der Hauthörner an Menschen und Thieren. Inaugural-Dissertation. Göttingen 1868), sowie der von Bergh (Ueber Hauthörner. Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis. Jhrg. 1873, S. 186) muss ich die Arbeit von Prof. F. J. Pick erwähnen (Zur Kenntniss der Keratosen. Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis. Jhrg. 1875. S. 315), in welcher besonders der Zusammenhang, in dem die Hornbildungen zu anderen pathologischen Neubildungen, insbesondere den Hautkrebsen stehen, erörtert und gekennzeichnet wird.

Das von Prof. Pick beschriebene Hauthorn entwickelte sich bei einem jungen Manne von 22 Jahren, binnen sechs Monaten, und erreichte die ungewöhnliche Länge von 9·5 Ctm, und eine ebenfalls verhältnissmässig grosse Dicke, denn der Umfang betrug an der Basis 3·5 Ctm. und verjüngte sich nur ganz allmälig, so dass er an der Spitze noch 2·5 Ctm. betrug. Die Localisation war ungemein bemerkenswerth, denn das Hauthorn sass an der



Glans penis dieses jungen Mannes, welcher vor sechs Monaten (am 13. April 1874) wegen hochgradiger Balanoposthitis in das Prager allgemeine Krankenhaus gebracht und auf die Klinik von Prof. Pick aufgenommen, dort auch wegen angeborener Phimose mit zahlreichen Adhäsionen der Vorhaut und der Eichel operirt wurde. Der Kranke litt ausserdem an Psoriasis, welche damals auf den behaarten Kopf und auf die Streckseiten der Ellbogen und Kniegelenke beschränkt war. Bei der Operation der angeborenen Phimose zeigten sich auch zahlreiche, theils breit aufsitzende, theils gestielte spitze Condylome, welche von der Corona glandis und dem Sulcus coronarius abgetragen wurden.

Am 26. Juni 1874 wurde dieser Patient vollkommen geheilt aus dem Krankenhause entlassen und schon am 22. März 1875 stellte sich derselbe wieder vor mit höchst interessanten, hornartigen Wucherungen an der Glans penis, welche sich gerade an derselben Stelle der Eichel unter leichtem Jucken entwickelten, wo früher die Condylomata acuminata sassen.

Prof. Pick hat diese multiplen Hornbildungen von der Glans penis auf blutigem Wege entfernt, ohne dabei jedwede Verunstaltung oder Verkrümmung des Gliedes herbeizuführen.

Da diese dermatologische Anomalie so ungemein selten vorkommt, war ich erstaunt, als ich am 1. August l. J. in meiner Privatordination ein sieben Ctm. langes Hauthorn an einer 64jährigen Frau bemerkte, welches in der Hinterhauptgegend zwischen den grauen Haaren, wie ein Ammonshorn, emporwuchs.

Dieses Hauthorn hat sich binnen drei Jahren entwickelt, genau an einer Stelle der Kopfhaut, wo die Frauen ihre Haare mittelst Haarnadeln und eines Kammes befestigen und eine jahrelang sich wiederholende Hautreizung konnte als nächstliegende Ursache dieser ungewöhnlichen Anomalie angesehen werden. Die Basis des Hauthornes mass einen Centimeter im Durchmesser. In einer Entfernung von einem Centimeter von der Basis war das Hauthorn gegen oben und linkerseits verkrümmt, indem es zugleich dünner wurde, so dass sein Durchmesser nur einen halben Centimeter betrug. Nachher in einer Entfernung von $3\frac{1}{2}$ Centimeter wurde dasselbe wiederum dicker und sein Ende keulenartig geformt, mass $1\frac{1}{2}$ Centimeter im Längsdurchmesser und war $\frac{3}{4}$ Centimeter dick. Das ganze Hauthorn war gegen oben derart gekrümmt, wie



ein Posthorn und zeigte an der dünnsten Stelle zwei kleine Knikkungen, war längsgerippt und seine Farbe zeigte von der Basis angefangen alle Nuancen von hellgelb bis wachsgelb und gelbbraun; das keulenartige Ende desselben war schon beinahe kastanienbraun und schwärzlich.

Was die Consistenz anbelangt, so war das Hauthorn so hart wie ein Nagel, und man konnte mit einem scharfen Nagel an seiner Oberfläche nur sehr seichte Furchen bemerkbar machen. Die Haut, aus welcher das Hauthorn emporwuchs, zeigte keine krankhafte Veränderung, sie war dünn, umgab ringartig die Basis des Hauthornes und liess sich sammt demselben leicht auf dem Unterhautzellgewebe verschieben.

Graue, genug üppige Haare umgaben das ganze Hauthorn an seiner Basis und halfen diese Anomalie unsichtbar zu machen. Die Kranke beklagte sich über Schmerzen nur beim Waschen und Kämmen der behaarten Kopfhaut, sonst verursachte ihr das Hauthorn gar keine Beschwerden, so dass sie sich nur mit Mühe und nach längerem Zureden zu der kleinen Operation behufs Entfernung dieser Anomalie bewegen liess. Mittelst einer Scheere wurde das Hauthorn sammt dem kleinen Hautstückchen, an dem es emporwuchs, sehr leicht herausgeschnitten und die kleine Wunde, welche gar nicht stark blutete, wurde allsogleich mit Catgut vernäht und war binnen drei Tagen per primam geheilt.

Das Hauthorn, im keulenartigen Ende mit einem scharfen Messer durchschnitten, zeigt makroskopisch concentrische Schichten, welche hornartig glänzen, und in der Mitte eine bröckelige fette Masse.

Was die mikroskopische Untersuchung anbelangt, so stimmt diese mit den Untersuchungen Lebert's vollkommen überein: „Gelungene Längsschnitte solcher Hauthörner zeigen, dass die Masse aus nebeneinanderliegenden Säulchen, Stäbchen, Pallisaden besteht, welche, durch ein Bindemittel innig vereint, zu einer scheinbar homogenen Masse verschmolzen sind.

Die einzelnen Säulen haben selbst wieder ein streifiges, faseriges Ansehen und bestehen aus aneinander gereihten Epidermiszellen. Auf dem Querschnitte sieht man rundliche Räume, welche concentrisch geschichtet erscheinen und von zwischen ihnen unregelmässig gelagerten Epidermiszellen umgeben sind. Was nun die



Zellen selbst betrifft, welche jene verschiedenen Lagerungsverhältnisse bilden, so gehören sie stets dem Epidermistypus an. Sie sind entweder einfach neben und über einander gelagert, oder sie bilden jene concentrischen Lager, welche theils an die Epidermiskugeln des cancroiden Epithels, theils an die Durchschnitte hyperplastischer Epidermishöhlen der Papillen in den Warzen, theils an die Querschnitte vergrösserter Ausführungsgänge der Hautdrüsen erinnern.

Lebert sowohl, wie Virchow haben an Durchschnitten von Hauthörnern Blutgefässe gesehen, welche sich zwar nicht hoch hinauf in das Horn erstreckten, indessen in den der Basis näheren Schichten unläugbar vorhanden waren.

Auch Pick, bezüglich dessen mikroskopischer Untersuchung des Hauthorns wir auf die angeführte Arbeit verweisen, betont, auf die Genese des Hauthornes eingehend, dass in Uebereinstimmung mit den neueren Untersuchungen, welche den papillären Ursprung selbst für die meisten in Drüsen entwickelten Hörner constatirten, die Hornbildung in seinem Falle in eclatanter Weise aus spitzen Condylomen (Papillomen) hervorgegangen ist.

Wenn man noch in Erwägung zieht, dass der Patient, an dessen Glans penis nach der Operation der angeborenen Phimosis sich so schnell ein so grosses Horn entwickelte, mit ausgesprochener Psoriasis behaftet war, so kann man auch der Anschauung Pick's nur Beifall schenken, wenn derselbe auch diesen Umstand zur Erklärung der hochgradigen und raschen Entwicklung der Hornmasse beizieht.

Zu diesen Worten füge ich noch meine Bemerkung zu, dass in meinem Falle die Blutung eine ganz geringe war, trotzdem das Exemplar des ausgeschnittenen Hauthornes verhältnissmässig gross war und dass die Blutung nach einer Operation einer sogar kleinen Warze bei Weitem grösser ist, als nach dem Entfernen auf blutigem Wege eines grossen Hauthornes.

Was das ätiologische Moment anbelangt, so erklärt Hebra unumwunden, dass bis nun die Entstehungsursache unbekannt ist (l. c. S. 29); in meinem Falle könnte man doch versuchen, die Entstehung des Hauthornes durch eine mechanische jahrelang dauernde Einwirkung zu erklären, denn der Punkt, aus welchem

am Hinterhaupte das Hauthorn emporwuchs, entsprach ganz genau der Stelle, wo die Haare einfacherweise mit Haarnadeln befestigt um einen Kamm umgewickelt waren und wo das nicht so sehr stumpfe Ende des Kammes mehrfach die Haut reizen oder überhaupt mechanisch insultiren konnte.

Ich endige meine kurze Mittheilung mit dem Bemerken, dass ich mich verpflichtet fühlte, das operirte Hauthorn ins anatomisch-pathologische Museum in Krakau zu senden, wo sich dasselbe als Unicum dieser Art von Neubildung befinden wird.





# Bericht über die Leistungen

auf dem

# Gebiete der Dermatologie und Syphilis.

---





I.

# Die Dermatologie und Syphilidologie auf dem V. Congresse für innere Medicin in Wiesbaden vom 14.—17. April 1886.

(Ref. **Dr. K. Touton** in Wiesbaden.)

---

**Dr. P. G. Unna** (Hamburg). **Zur Histologie und Therapie der Lepra:**

Unna und Lutz war es gelungen, durch eine besondere Methode den Nachweis zu führen, dass „der wesentliche Inhalt der Lepramikrobie in der Streptococcenform zu Tage tritt". Der Name Bacillus leprae trifft also nicht das Richtige, es wird daher der Name Coccothrix leprae vorgeschlagen. U. fragte sich nun, welcher Factor bei der L.'schen Methode die Auflösung in Coccen bewirkte. Da die Methode in der successiven Anwendung der Jodkaliumlösung und der rauchenden Salpetersäure besteht, so müsste man an folgende vier Factoren denken: 1. das freie Jod, 2. die Jodkaliumlösung, 3. die rauchende Salpetersäure als Säure und 4. dieselbe als Oxydationsmittel. Aus fünfzehn in den Congressverhandlungen (Wiesbaden bei Bergmann) einzusehenden Versuchen geht mit Evidenz hervor, dass das freie Jod die Hauptbedingung zur Auflösung des Bac. leprae in Coccen ist, und zwar am besten in statu nascendi. (Aqu. chlori + concentrirte Jodkaliumlösung, concentrirte Jodkaliumlösung + $H_2O_2$, JK + HCl + $H_2O_2$ oder dampfförmiges Jod). Der Tuberkelbacillus verhält sich dem Leprabacillus analog, d. h. er ist auch ein Streptococcus.

Bei Gelegenheit dieser Versuche fand U. eine Methode, welche eine Contrastfärbung der Schleimhüllen des Coccothrix leprae sowohl gegenüber dem Pilz selbst, als auch gegenüber dem Gewebe der Haut





ermöglicht; die Untersuchungen darüber sind jedoch noch nicht abgeschlossen. „Es werden diese Bilder wohl am raschesten den immer noch bestehenden Irrthum zerstreuen helfen, nach welchem die Mikrobien der Lepra sich in thierischen Zellen befinden, resp. entwickeln sollen — ein Irrthum, dessen Wurzel in der Verwechselung von thierischem Protoplasma und pflanzlichem Schleim zu suchen ist."

U. behandelte einen zweiten tuberösen Leprafall nach den auf dem vorigjährigen Congress für inn. Med. (Verhandlungen pag. 100) proclamirten Principien und heilte ihn. Es war ein männliches, jüngeres Individuum mit derber Oberhaut, der Process war im raschen Fortschreiten begriffen. Deshalb waren grössere Quantitäten und stärkere Concentrationen der angewandten Mittel nothwendig. Therapeutisch bestätigten sich sämmtliche früher aufgestellten Thesen. Als neu fand Unna, dass 2—4% Salicylsäure die Wirksamkeit der reducirenden Salben bedeutend erhöht, dass pur aufgestrichenes Ichtyol sowohl die natürliche Pigmentirung der Lepra, als auch die künstliche medicamentöse rasch beseitigt, dass die directe cutane Injection der reducirenden Mittel sich nur für bereits durch die vorherige Behandlung schlaff und faltig gewordener Knoten eignet. Als wesentliche Bereicherung der Therapie bezeichnet U. die Application eines Salicyl-Kreosot-Chrysarobinpflastermulls, mit welchem die Knoten „zusehends" theils durch Resorption, theils durch Exfoliation schwinden.

Discussion.

Touton (Wiesbaden) fragt U., ob bei dem oben erwähnten Falle nach dem Erscheinen seiner letzten Lepraarbeit Blutuntersuchungen gemacht worden seien zum thatsächlichen Beweis der Behauptung, dass während der ganzen Dauer der Lepraerkrankung der Körper des Patienten beständig von Millionen von Bacillen durchschwärmt werde. In der betreffenden Arbeit (Ergänzungsheft I, 1886 zu „Monatshefte für praktische Dermatologie") ist keine Rede davon, sondern nur von zahlreichen Eiteruntersuchungen und Exstirpationen einiger Knoten. Es sei dies nicht nur zu verlangen gewesen gegenüber den Autoren, welche während der acuten Paroxysmen im Blute Bacillen fanden, in der freien Zeit jedoch keine, sondern es wäre ja auch zur Constatirung der wirklichen Heilung wichtig gewesen, das vorher stets reichliche Bacillen enthaltende Blut nun bacillenfrei zu finden.

Unna antwortet, dass er nur sporadische Blutuntersuchungen und zwar mit negativem Erfolge vorgenommen habe. Es ist ihm dies jedoch verständlich, da die Form, in der der Bacillus meist im Blute vorhanden ist, wohl die Coccenform sein werde, ihm jedoch damals die Methoden zu ihrer Darstellung noch nicht bekannt waren.

Neisser hält die U.'schen Resultate für Artefacte in Folge energischer Maltraitirung der Präparate, wodurch niemals die wahren Structurverhältnisse, weder das Verhältniss der Bacillen zu den Zellen, noch ihre morphologischen Verhältnisse zur Anschauung gebracht werden könnten. Da die Zeit zu weit vorgeschritten ist, um alle Einzelheiten zu widerlegen, protestirt er in seinem Namen und in dem vieler Collegen gegen U.'s Anschauungen.

U. kennt keinen Protest im Namen der Wissenschaft (von einem solchen ist jedoch nicht die Rede gewesen. Ref.) Er hofft auch die kleineren Bacillenhaufen — von den grösseren werde die extracelluläre Lage schon zugegeben — durch neue tinctorielle Methoden, die Zooglöa und Protoplasma zu trennen erlauben, bald aus diesem engeren Zellengefängniss zu befreien und sieht mit grösster Seelenruhe der Entwickelung der Dinge entgegen.

**Dr. K. Touton** (Wiesbaden). **Demonstration von Leprazellen in Hautschnitten (in Bindegewebsspalten, Blutgefässen, Schweissdrüsen u. s. w.).**

Die Präparate beziehen sich auf T.'s in diesem Jahre gegen die Unna'sche Anschauung von der extracellulären Lage der Leprabacillen gerichteten Veröffentlichungen:

1. Wo liegen die Leprabacillen? (Fortschritte der Medicin. 1886, Nr. 2, 15 Januar); 2. Erwiderung auf Unna's: Wo liegen die Leprabacillen? (Deutsche med. Wochenschr. 1886, Nr. 13); 3. zur Topographie der Bacillen in der Leprahaut (Virchow's Archiv, Bd. 104, Mai 1886 mit Farbentafel).

T. macht auf einige besonders deutliche Zellen aufmerksam, z. B. auf eine grosse, in einer durch Austrocknung an der Luft erweiterten Bindegewebsspalte liegende Virchow-Neisser'sche Zelle, welche im blass blauröthlichen, scharf contourirten Protoplasma einen durch Hämotoxylin dunkelblau gefärbten Kern und mehrere rothe Bacillenhäufchen (darunter einen eine „Vacuole“ umschliessenden Ba-





cillenring), sowie einzelne Bacillen zeigte. (cf. Tafel in Virchow's Archiv, Fig. 10 u. s. w.)

Die von Unna angegebenen Methoden sind ungeeignet zum Studium histologischer Fragen so subtiler Art, die Austrocknungsmethode ohne Hitze eignet sich nur insoferne dazu, als sie die Gewebsspalten erweitert und so die einzelnen Zellen deutlicher macht. Alle Befunde, beziehungsweise die Localisation der Bacillen in den einzelnen Bestandtheilen der Haut, die nach der Art der Darstellung von Seite Unna's, als von ihm zuerst gemacht erscheinen könnten, waren schon früher mittelst der Oelmethode (cf. Neisser. Babes, Thin und A.) gemacht; mit derselben fand T. auch die Bacillen in der Wand und im Lumen der Schweissdrüsen.

**Prof. Bäumler** (Freiburg). **Vorstellung eines Leprakranken:**

Der 53jährige Patient hatte 25 Jahre in Java gelebt, welches er wegen Congestionszuständen 1882 verliess. Im Herbst desselben Jahres begann in Deutschland seine jetzige Erkrankung mit Röthungen und Schwellungen an verschiedenen Hautstellen. Diese Erscheinungen sollen schon auf der im Jahre 1883 erfolgten Rückreise nach Java zurückgegangen und bei der Ankunft dort ganz geschwunden gewesen sein. Er will in den nächsten Jahren frei von solchen Erscheinungen gewesen sein, bis er im November 1885 nach seiner abermaligen Rückkehr nach Deutschland von Neuem von den leprösen Knoten und diffusen Infiltrationen befallen wurde. Bei kühler Witterung sollen neue Stellen entstehen und die älteren stärker anschwellen. Er war zweimal verheiratet, seine beiden Frauen und die Kinder haben nie an einer ähnlichen Affection gelitten.

**Prof. Demme** (Bern). **Beiträge zur Kenntniss des Pemphigus acutus:**

Bei einem 13jährigen Jungen traten innerhalb $2^1/_2$ Monaten siebzehn über den ganzen Körper oder nur einzelne Theile verbreitete Ausschübe grosser, auf rothem Grunde entstehender Blasen auf, welche mit Fieber manchmal bis 41°, Schüttelfrost, hochgradiger Erschöpfung, Erbrechen, Hinterhauptschmerzen, Somnolenz, leichten Delirien, profusen, wässrigen, blutgestreiften Darmausleerungen, hie und da mit Eiweissgehalt und hyalinen Cylindern im Harne einhergegangen und manchmal von Schmerzen in den Extremitäten gefolgt waren. Im



Inhalt der Blasen fand Demme: 1. kleinere Coccen von 0·6—1·4 μ Durchmesser, weiss, in Diplococcenform (sehr reichlich); 2. grosse Coccen von 2·0—2·8 μ Durchmesser (vereinzelt); 3. Stäbchen von 4—5 μ Länge und 1 μ Breite, zum Theile mit Sporenbildung (spärlich, stellenweise fehlend).

Im Blute fanden sich zweimal bei hochfebrilen Blasenausschüben die kleinen Diplococcen, im Harne einmal, während die zwei anderen Formen in diesen beiden Flüssigkeiten nie angetroffen wurden.

Die Diplococcen und Stäbchen des Blaseninhaltes wachsen bei 32—37° C. auf Blutserum, Fleischinfuspepton, Agar und Kartoffeln gleichmässig gut. Die charakteristische Form der Diplococcencultur tritt auf Agar-Agar nach 36—48 Stunden als hervorragender milchweisser, kreisrunder, tropfenähnlicher Belag am besten zu Tage, aus welchem nach sechs bis acht Tagen kolbenförmige Prominenzen peripher wachsen (cf. die Tafel, welche den Verhandlungen beigegeben ist). Keine Verflüssigung. Bei den Stichculturen entwickelt sich ein stalaktitenähnlicher Fortsatz in die Tiefe.

Aus Blutproben von den oben angeführten zwei Eruptionen wurden Diplococcen-Reinculturen mit den gleichen Eigenthümlichkeiten, wie die aus dem Blaseninhalt gewonnenen aufweisen, gezüchtet. Näheres über die Stäbchenreinculturen ist in den Verhandlungen einzusehen. Die dicken Coccen aus dem Blaseninhalt liessen sich nicht reinzüchten.

Infectionsversuche mit Blaseninhalt und Aufschwemmungen von Reinculturen durch subcutane oder intrapulmonale Injection ergeben, dass fünf von acht mit Diplococcenreincultur in die Lunge injicirten Meerschweinchen unter Abmagerung und Kräfteverfall an disseminirten, meist erbsengrossen, bronchopneumonischen Herden erkrankten und starben. Die Diplococcen fanden sich in diesen und im Blute vor und ergaben mit den ursprünglichen identische Reinculturen. Eine aus dem Blute eines dieser gestorbenen Thiere stammende Reincultur erzeugte bei einem anderen eine Bronchopneumonie.

„Diese genannten Momente lassen eine ursächliche pathogenetische Beziehung zwischen den genannten Diplococcen und dem Auftreten des acuten Pemphigus zunächst für diesen Fall und wohl ebenfalls für die mit demselben vollkommen übereinstimmenden Fälle von acutem Pemphigus als wahrscheinlich bezeichnen."



Therapeutisch bemerkt Demme, dass Chinin, Antipyrin und Thallin zur Bekämpfung der Temperaturerhöhung wenig nützten und überflüssig waren, da nach beendigtem Ausschub die Temperatur von selbst wieder sank, doch übte das Antipyrin eine günstige Wirkung auf das subjective Befinden aus. Local beförderte die Abheilung der Blasen am besten eine Hydrochinonsalbe (1 : 30). Antipyrin (1·5 Percent) und Hydrochinon (0·8 Percent) mache die Entwickelung der Diplococcencultur unmöglich. (Demonstration von Trockenpräparaten und Culturen.)

**Prof. Quincke** (Kiel). **Ueber Favus:**

Das klinische Krankheitsbild des Favus kann durch drei verschiedene Pilze hervorgerufen werden, welche mittelst des Plattenverfahrens aus den Borken rein cultivirt wurden. Sie wachsen viel langsamer als die gewöhnlichen Schimmelpilze; die Wachsthumsart auf verschiedenen Nährböden ist verschieden. Sie bilden auf der Cultur gelbe Borken wie auf der Haut. Keine vollkommene Fructification beobachtet. Sie unterscheiden sich durch die Verschiedenheit der Cultur (siehe Original). Q. glaubt, dass vielleicht die Zahl der Favus bildenden Pilze mit den dreien noch nicht erschöpft sei. Es sei von Interesse, dass für eine bisher als klinische Einheit aufgefasste Hautkrankheit eine mehrfache ätiologische Basis nachgewiesen sei. (Demonstration von Culturen, Präparaten und Abbildungen).

**Prof. Kaposi** (Wien). **Referat über die Therapie der Syphilis.**

In seinem Referat gibt Kaposi nur die allgemeinen Grundzüge einer rationellen Syphilistherapie, ohne sich auf Detailausführungen einzulassen. Nachdem er es nachdrücklichst betont hat, dass er die Syphilis als eine heilbare Krankheit und zwar unter den infectiösen, constitutionellen Krankheiten, als eine der best heilbaren ansieht, stellt er einige Hauptfragen auf, welche eine einschneidende Bedeutung für die Behandlung der Syphilis haben.

I. Ist von einer bestimmten Behandlung der Initialformen eine Behinderung der Allgemeininfection zu erwarten, d. i.: gibt es eine Art Coupirmethode der Syphilis?

Diese Frage gilt für Unitarier und Dualisten gleichmässig, soferne sie nicht die Bärensprung'sche Ansicht theilen, dass die Sclerose schon der Ausdruck der Allgemeininfection ist.



Die drei in Frage kommenden Mittel sind:

1. Die Zerstörung des Virus an Ort und Stelle seiner Einimpfung, also in und mit der Primärläsion durch Aetzmittel oder Excision. Die durch diese Methoden angeblich erzielten positiven Erfolge sind deshalb nicht zweifellos denselben zuzuschreiben, weil nicht jede Sclerose von Syphilis gefolgt zu sein braucht (Kaposi, Boeck) und weil es oft nur eine subjective Ansicht ist, ob eine Läsion eine typische, Lues nach sich ziehende Sclerose ist. Wir haben ferner keine positive Grundlage, den Termin zu bestimmen, bis zu welchem noch keine Resorption des Virus von der Primärläsion aus erfolgt ist. Dieselbe kann auch ohne nachbarliche Drüsenschwellung vor sich gehen, andererseits kann eine solche Adenitis nach jeder Läsion insbesondere Suppuration eintreten. Das einzige sichere Kriterium wäre der Nachweis des Syphilis-Virus, welches wahrscheinlich in dem Bacillus von Lustgarten gegeben ist, dessen Differential-Diagnose jedoch erst wieder neu begründet werden muss (Smegmabacillen). Zur lateralen Behandlung der Primärläsion ist Empl. Hydrarygri das beste Mittel (Begünstigung der Rückbildung, manchmal Verhinderung der Sclerosenbildung.)

2. Die Unterbrechung oder Ausschaltung der Resorptionsbahn.

Dass man durch Durchschneidung oder Excision des Dorsallymphgefässes, eventuell auch der Drüsen, die Syphilis coupiren könne, beruht auf einer naiven Vorstellung. Die Resorption geht möglicher Weise durch alle oder durch viele die Haut des Penis korbförmig durchsetzende Lymphgefässe. Ebenso unsicher ist es zu sagen, welche Drüsen bereits inficirt sind, manche sind ihrer Lage wegen auch wohl kaum zu finden.

3. Die präventive Allgemeinbehandlung. Rationell und human ist ihre Instituirung aber nicht praktisch, da doch die Allgemeininfection nicht verhindert, sondern nur hinausgeschoben wird. Die Allgemeinerscheinungen treten dann aber nicht mehr typisch, sondern „unordentlich“ auf, es kommen auch schon früh schwerere Symptome, z. B. periostale Formen. Die Cur soll auch nicht schon bei schwach angedeuteter Recidive, sondern erst bei wohl ausgeprägter beginnen.

II. Welche Vortheile bieten die gegen Syphilis als wirksam befundenen Arzneien und gegen welche pathologische Formen?



Diejenigen Methoden oder Mittel sind am wirksamsten, bei deren Gebrauch die vorhandenen Syphilissymptome am schnellsten schwinden und Recidive am längsten ausbleiben. Weil letzteres nur in der Privatpraxis beurtheilt werden kann, haben die Statistiken aus den Kliniken bezüglich dieser Frage keinen Werth, aus Privatmaterial aber mache man keine officielle Statistik. Nach einer wirksamen Behandlung müssen mindestens einige von Syphiliserscheinungen freie Monate folgen und die nachher folgenden Recidive müssen den regionären Charakter, wie er den Spätformen zukommt, zeigen. Betrachtet man die Mittel in diesem Sinne, so ergibt sich bezüglich des Quecksilbers, dass die Einreibungscur das wirksamste und verlässlichste Heilmittel ist, sowohl rücksichtlich der örtlichen Affectionen als der Dyskrasie, d. i. auch rücksichtlich des dauernden Erfolges und in allen Fällen, wo Gefahr im Verzuge ist, kann nur die Einreibungscur in Anwendung kommen.

K. zieht das officielle Ugt. hydr. der Hg-lanolinsalbe und der Sapo mercurialis vor, weil Darmerscheinungen und Ptyalismus selten dabei auftreten.

Sublimatbäder sind bei Syphilis der Neugeborenen und bei ausgedehnten ulcerösen Formen der Erwachsenen höchst wirksam.

Die Injectionsmethode hat den Vortheil einer exacteren Methode als die endermatische. Man kann jetzt noch keine allgemein giltigen Sätze über die zahlreichen dafür angewandten Mittel bezüglich der Schmerzhaftigkeit, Resorptionsfähigkeit, Neigung zur Abscessbildung, directem Heileffect, Verhalten der Recidiven u. s. w. aufstellen. Im Allgemeinen wirken wohl die Hg-Präparate, welche am längsten im Körper verweilen, am nachhaltigsten und verhüten am ehesten Recidive.

Von inneren Mitteln belästigen Calomel und Hydr. tannicum oxydul. (Lustgarten) am wenigsten den Magen, sie eignen sich auch für die Kinderpraxis. Sie wirken langsamer als die vorhergehenden.

III. Welche Formen der Syphilis, und welche Perioden der Krankheit eignen sich erfahrungsgemäss zumeist für die Behandlung mit Quecksilber?

Alle Formen von Hauterkrankung der Früh- und Spätperiode, die Erkrankungen der Knochen und der parenchymatösen Organe, des Cerebrospinalsystems in den acuten Stadien, während letztere in



pen späteren Stadien, sowie Gelenksaffectionen und Kephalalgia syphilitica entschieden auf Jod sicherer und rascher weichen.

IV. Wonach soll man die Wahl treffen unter den vielerlei Quecksilber-Präparaten?

Je entschiedener und nachhaltiger in der allerersten acuten Erkrankungs-Periode die Behandlung geführt wird, desto sicherer kann Recidiven und einem protrahirten Verlaufe vorgebeugt werden. Es sollen zu dieser Zeit Schmiercuren, und wenn diese unmöglich sind, Injectionscuren mit den nachhaltigsten Mitteln, Sublimat, Calomel oder Pepton-Hg., gemacht werden. Alle langsam wirkenden Mittel, wie besonders die innerlich dargereichten, sind hier zu vermeiden. Mit diesen oder den leichteren Injectionen können ungefährliche Spätformen behandelt werden. Schwerere Erscheinungen wie Iritis, ulceröse Nasen- und Kehlkopf-Affectionen, Gehirn- und Rückenmarksleiden müssen dagegen energisch behandelt werden.

V. Welche Nachtheile hat die Medication mit Hg?

Bei aufmerksamer Beobachtung keine.

Jod ist besonders gegen nächtliche Knochenschmerzen, Knochen- und Gelenksaffectionen am Platze. Es ist kein Corrigens gegen Hg-Missbrauch. Jod allein in der ersten Periode zu geben, ist entschieden zu widerrathen.

Decoctum Zittmanni ist ein sehr wirksames Mittel bei Spätformen, besonders ulcerösen Erkrankungen des Rachens, auch der Haut, besonders in Verbindung mit Hg-Curen.

VI. Haben die sogenannten Nachcuren eine specifische Wirkung gegen Syphilis?

Nein, weder Schwefelbäder noch Seebäder, noch Hydrotherapie, noch Entziehungscuren.

VII. Wie lange und wie oft soll man antisyphilitische Curen machen lassen?

Man führe die erste Behandlung lange und sorgfältig genug. Man wiederhole die Cur aber, so oft wirkliche und charakteristische Syphiliserscheinungen da sind, aber auch nur dann.

VIII. Oertliche Behandlung. Dieser fällt manchmal, z. B. bei ulcerösen Nasen- und Rachenerkrankungen, das Hauptgewicht zu.

**Prof. Neisser** (Breslau). **Correferat über die Therapie der Syphilis:**

Ehe Neisser zur Aufstellung und Besprechung seiner drei Hauptfragen schreitet, betont er im Gegensatze zu Kaposi, dass dieselben endgiltig nur durch die Statistik gelöst werden können, und zwar nur durch das Material der Privatpraxis.

Diese Statistik kann nicht von Einem, sondern sie muss von Vielen im Laufe von Jahrzehnten nach einheitlichen Grundsätzen als eine Art Sammelarbeit geschaffen werden. Die Grundprincipien, nach denen dabei verfahren werden soll, werden im Laufe des Vortrages bei Besprechung der drei Hauptfragen immer angedeutet. Die erste Frage lautet:

1. Ist es möglich und wie weit wahrscheinlich durch Behandlung der primären Syphilisprocesse, die Entwicklung der Krankheit überhaupt zu beeinflussen?

Eine Vorbedingung zu einem derartigen therapeutischen Vorgehen ist die sichere Erkenntniss der primären Syphilisprocesse, welche in manchen Fällen erst durch den exacten Bacillennachweis möglich sein wird. Selbstverständlich wird die Excision dieser Primärläsionen nur dann von Erfolg sein können, wenn dieselben wirklich nur locale Erkrankungen darstellen (Impfungen auf den Träger mit positivem Resultat beweisen, dass dies eine gewisse Zeit hindurch der Fall ist). Aus seinen eigenen Erfahrungen und aus den diesbezüglichen Publicationen zieht Neisser den Schluss, dass die Excision deutlich ausgebildeter Primäraffecte zwar in den meisten Fällen keine positiven Heilerfolge ergeben hat, indem die Syphilis trotz des Eingriffes constitutionell wurde, dass jedoch eine Minorität von Kranken durch die Excision radical von der Syphilis bewahrt geblieben ist. Es ist also die Möglichkeit, durch die Excision die Syphilis zu eradiciren vorhanden, wenn auch die Wahrscheinlichkeit eine verhältnissmässig geringe ist. Der Grund der im Ganzen schlechten Resultate liegt zum Theile darin, dass nicht radical genug operirt wurde, dass bereits inficirte Lymphdrüsen nicht mitentfernt wurden, dass ferner oft zu spät operirt wurde, wenn die Induration vollständig entwickelt, die Diagnose also erst ganz sicher, dann aber auch schon eine Propagation des Virus in die Lymph- oder Blutbahn erfolgt war. Da aber jedenfalls für die



locale Heilung die Excision sehr günstige Chancen bietet, so ist stets die Excision zu versuchen, wo der locale Sitz der Induration es erlaubt. Es lässt sich sogar nichts einwenden gegen die Zerstörung jeder Infectionsstelle, z. B. mit concentrirter Carbolsäure möglichst frühzeitig, ohne erst eine sichere Diagnose abzuwarten (Sigmund). Auch dann, wenn dies in den allerersten Tagen geschieht, ist nicht mit Sicherheit das Ausbleiben der Syphilis zu erwarten, weil sich abgesehen von den Fällen, in welchen das Virus lange local in der Induration liegen bleibt, und von denen, in welchen es ziemlich rasch bis zu den nächstgelegenen Lymphdrüsen vordringt, in gewissen Fällen sicher eine sofortige Infection der Blutbahnen vollzieht, wo dann jeder therapeutische Versuch bezüglich der Infectionsstellen erfolglos ist. Auf ausnahmsweise Glücksfälle, in welchen nach einer wirklichen Sclerose mit Drüsenerkrankung keine Syphilis gefolgt sein soll, darf man nicht rechnen (N. fand in der Literatur und in seinem Material nie einen solchen Fall). Ob nun, wenn auch durch die Excision in den meisten Fällen keine radicale Heilung erzielt werden kann, wenigstens eine Abschwächung der ganzen Krankheit eintritt, ist nicht zu entscheiden, weil die Schwere und der Verlauf der Syphilis auch von selbst sehr variiren.

Versuche, welche durch Injection von Hg-Salzen zwischen Penis und Drüsen das Virus auf seinen ersten Propagationswegen zu zerstören suchen (Weissflog) sind theoretisch berechtigt und sollten häufiger praktisch geprüft werden.

II. Soll man die constitutionelle Syphilis mit Medicamenten bekämpfen oder soll man sie sich selbst überlassen? und

III. welchen Plan für die eventuell acceptirte Behandlung soll man aufstellen?

Es herrscht jetzt wohl ziemlich allgemein die Ansicht, dass das Quecksilber und das Jod nützliche Heilmittel gegen die Syphilis sind. Strittig jedoch ist die Frage:

1. nach dem Zeitpunkt, wann mit der Hg-Cur zu beginnen ist,
2. nach der Art und Dauer der Behandlung und
3. nach der Intensität der Behandlung.

Ehe N. auf diese Punkte eingeht, betont er nochmals, gestützt auf die traurigen Erfahrungen, welche bezüglich schwerer Spätformen in

Ländern, in denen die Syphilis unbehandelt bleibt oder schlecht behandelt wird (Polen, Russland, China; Endemien: Radesyge etc.), gemacht werden, gestützt ferner auf die Thatsache, dass durch eine energische Hg-Behandlung die Vererbungsfähigkeit der Syphilis abgeschwächt und beseitigt werden kann, dass das Hg in der That als ein ausgezeichnetes Heilmittel gegen die Syphilis, d. h. nicht nur gegen momentan auftretende Symptome, sondern gegen die Krankheit überhaupt betrachtet werden muss. Das Hauptziel der Behandlung ist: Schutz vor der Spätperiode, Ueberführung nicht in ein Stadium der Latenz sondern der Heilung.

ad 1. Die Frage, ob sofort nach Sicherstellung der Diagnose: „Sclerose, Syphilis" die Allgemeinbehandlung eingeleitet werden soll (Fournier), oder erst nach dem Auftreten der Allgemeinsymptome, ist für N. noch eine offene. Er scheint jedoch mehr zu dem ersteren hinzuneigen.

ad 2 u. 3. Der Fournier'sche Satz: Die Behandlung soll eine chronische sein (2—4 Jahre) und namentlich ohne Rücksicht auf das Vorhandensein oder Fehlen von Symptomen durchgeführt werden, ist richtig. Denn wenn auch zu einer gewissen Zeit keine Symptome da sind, so ist doch die Krankheit noch da und macht meistens nach einer kürzeren oder längeren Zeit doch wieder Symptome. Die Syphilis ist eben eine chronische Krankheit und muss als solche chronisch behandelt werden, zumal da diese Behandlung bei gehöriger Individualisirung und Vorsicht unschädlich ist. Sie soll nicht continuirlich sein, sondern intermittirend. Die schwache interne Behandlung von Fournier ist nicht angezeigt, sondern eine Abwechslung von energisch wirkenden, sogenannten Hauptcuren mit milderen, sogenannten Nebencuren. Der Heilwerth der einzelnen Hg-Präparate und ihre Energie ist nach Köbner im Allgemeinen umgekehrt proportional ihrer Ausscheidungsgeschwindigkeit. Jedoch ist es noch nicht an der Zeit, eine Scala der verschiedenen Mittel nach diesem Grundsatze aufzustellen, wie es Bockhart thut. Die erste Cur soll möglichst energisch sein (gut ausgeführte, langdauernde Innunctionscur oder Calomelinjectionen, bei Kindern Unna's Hg-Pflastermull). Aehnliche energische Hauptcuren sollen im ersten bis vierten Jahre womöglich



alljährlich eine gemacht werden in Verbindung mit Bädern, Brunnen-, Schweisscuren. Daneben sind in den ersten zwei Jahren mildere Curen mit Injectionen schnell passirender Hg-Salze, Hydr. tann. oxydul. innerlich, Protojoduret oder Sublimat-ClNa in Milch, zu empfehlen. Diese Curen werden auch beim Ausbleiben aller Symptome gemacht (Berücksichtigung der Constitution und etwaiger schwerer Recidiven). Um die regionäre Wirkung der Hg-Salze zu erhalten, wendet man am besten alle Methoden: cutane, subcutane und interne an, um alle Saftgebiete und alle Lymphdrüsen zu treffen. Eine energische locale Behandlung muss nebenher gehen.

N. verwahrt sich dagegen, hiermit ein Schema aufgestellt zu haben; in jedem Falle ist strengste Individualisirung nothwendig.

Diese Art der Behandlung ist praktisch auch durchführbar, wenn man den Patienten die wahre Prognose ihrer Krankheit vorher mittheilt. Eine besondere Bedeutung für die ersten Curen und die anderen Hauptcuren haben die Badeorte Aachen, Wiesbaden etc. Neben den dort ausgeführten Bade- und Trinkcuren sind die Holztränke- und Schwitzcuren nur Unterstützungsmittel der Hg-Curen (Anregung des Stoffwechsels, reichliche Aufnahme kochsalzhaltiger Wasser bewirkt die Ueberführung natürlicher Hg-Verbindungen in lösliche Salze).

Jod ist für die gummösen Formen unentbehrlich, daneben ist aber immer noch eine Hg-Behandlung zu instituiren. Die Dosis ist 2·0 pro die im Durchschnitte, man kann jedoch bis 12·0 und höher steigen bei gleichzeitigem Gebrauche von viel Milch. Die Jodhaloide haben keine wesentliche Verschiedenheit untereinander. Jodoform, in äther. Lösung oder in Oelemulsion subcutan injicirt, verweilt jedoch länger im Organismus (Accumulation). Für die Frühperiode ist Jod durchaus entbehrlich, nur gegen die verschiedenen neuralgiformen Erscheinungen derselben ist Jod ein ausgezeichnetes Palliativmittel.

Neisser schliesst seinen Vortrag mit den Worten: „Sind die Thesen, welche ich für eine Syphilisbehandlung aufgestellt habe, auch meiner Ueberzeugung nach ausreichend gestützt, so bitte ich doch, sie als das aufzufassen, was sie sein sollen: als die wesentlichsten Discussionspunkte, auf welche sich in den nächsten Jahren unser therapeutisches Experimentiren concentriren möchte.“



Discussion:

Weber (New-York), gibt eine Uebersicht über die Methode der syphilitischen Therapie in Amerika. Im Allgemeinen wird sofort nach Sicherstellung der Diagnose des syphilitischen Initialaffectes die Allgemeinbehandlung meist mit Jodquecksilber, welches mit Unterbrechungen $1^1/_2$—2 Jahre und länger in Pillen gegeben wird, ins Werk gesetzt. In den Pausen wird auch während der Frühperiode Jodkalium oder Jodnatrium verordnet. Manche geben auch gleichzeitig mit diesem Sublimat in wässeriger Lösung und wollen in gewissen Fällen hartnäckiger Haut- und Schleimhautläsionen bessere Erfolge als mit der alleinigen Behandlung mit einem der beiden Mittel gesehen haben. Die wenigsten — unter ihnen W. — machen die Sigmund'sche Schmiercur. Seit der Zeit sind die Erfolge besser. Injectionen und Decoct. Zittmanni sind weniger beliebt. In tertiären ulcerösen Fällen wird mit Jodkali oft bis 20·0 pro die gestiegen (van Buren, Sequin). Die Mehrzahl ist von der Nothwendigkeit solcher Dosen nicht überzeugt. Verschiedene Fluidextracte haben nur die Bedeutung glücklich combinirter Purgirmittel.

v. Ziemssen (München): Auf der Internabtheilung in Münchens Krankenhause werden jetzt nur Injectionen von Hg-Pepton zur vollen Zufriedenheit der Aerzte angewandt. Z. selbst räth sehr zu Injectionen mit Hg-Cyanid. Es kann kein Zweifel bestehen, dass in der Privatpraxis für die Zukunft die Injectionsmethode den Vorzug haben wird. Günstige Resultate hatte Z. bei den Spätformen häufig von gleichzeitiger Anwendung von Hg-Injectionen und Jod.

Schuster (Aachen), wendet sich gegen Kaposi. Die Ausscheidung des Hg durch Harn und Fäces geht nicht intermittirend, sondern continuirlich vor sich und sei nach sechs bis acht Monaten, nach Schluss der Cur spätestens beendet. Die gegentheiligen Behauptungen von Vajda und Paschkis, welche nach sieben und dreizehn Tagen noch Hg fanden, basiren auf Fällen, welche Hg durch die Luft in Krankensälen kurz vor der Untersuchung des Harnes eingeathmet hatten. — Da die Recidiven meist dann auftreten, wenn das Quecksilber den Organismus wieder vollständig verlassen hat, so soll man, wenn man wie Sch. die Neisser'sche intermittirende Behandlung in der Frühperiode anerkennt, gegen Ende der Ausscheidung die neue



Cur beginnen (Fäces- und Harnuntersuchungen geben die nöthigen Fingerzeige).

Ziemssen (Wiesbaden): In Curorten wird man immer die besten Resultate erzielen, weil die Patienten dort ganz der Cur leben können. Z. lässt sehr lange, bis drei ja fünf Monate dauernde, continuirliche Schmiercuren (— 15 Gramm täglich) machen, ohne damit zu schaden. Grosse Condylome und Gummata, die sich der Lage nach dazu eignen, entfernt er mit dem Messer. Die Behandlung von Lungengummata unterstützt er durch Terraincur u. s. w.

Leube (Würzburg): Die Frühbehandlung der Syphilis vor dem Eintritt secundärer Symptome hatte nach seiner 13jährigen Erfahrung eine ausgezeichnete Wirkung.

Edlefsen (Kiel) stimmt Leube vollständig zu. Gegenüber v. Ziemssen bemerkt er, dass man mit subcutanen Injectionen zwar rasche Erfolge erzielt, dass jedoch eine energische Schmiercur grössere Sicherheit gegen Recidive bietet. Mit der subcutanen Calomelinjection nach Neisser wird man wohl auch in dieser Hinsicht mehr erreichen. Man injicirte bis jetzt zu kleine Dosen der Hg-Salze. E. versuchte bei Spätformen meist zuerst allein Jodkalium, half dieses nicht rasch genug, so verband er mit grossem Erfolge eine Schmiercur damit. Er räth grosse Vorsicht im Gebrauche so grosser Jodkaliumdosen an, weil eine zu verschiedene Empfindlichkeit dagegen herrscht. Manchmal werden die Luftwege so stark gereizt, dass bei heftigen Kehlkopfkatarrhen so stürmische Stenosenerscheinungen auftreten, dass man an die Tracheotomie denken muss.

Bäumler (Freiburg): Die präventive Behandlung, ehe Secundärerscheinungen aufgetreten sind, ist deshalb entschieden anzurathen, weil wir in der Zwischenzeit eine ganze Anzahl Individuen des Virus tödten können, die wieder Veranlassung von ebenso vielen Primäraffectionen in allen möglichen Geweben geworden wären. Eine sorgfältig durchgeführte Behandlung ist ja auch nach Kaposi unschädlich. — Jodkali in der Frühbehandlung ist nutzlos. — Er schliesst sich der Warnung Edlefsen's gegen die heroischen Dosen desselben in der tertiären Periode an. In der Regel genügen 3·0 pro die, anderenfalls muss sehr vorsichtig gestiegen werden und zwar nur bis zu der Dosis, die wirksam ist. (B. beginnt mit $3 \times 0{\cdot}5$ pro die, bei den Mahlzeiten mit viel Wasser.) — Günstige hygienische Massnah-



men, besonders auch reichliche Ernährung bei der Syphilisbehandlung können nicht genug betont werden.

Doutrelepont (Bonn), hat nur selten die Sclerose excidirt, da die meisten Fälle zu spät in Behandlung kamen. — Die Präventivbehandlung ergab ihm keine guten Resultate, manchmal traten sogar sehr unangenehme gummöse Formen auf, nachdem die leichteren secundären Erscheinungen allerdings ausgeblieben waren. — Unter den Injectionsmitteln, die er alle versucht hatte, kann er keinen durchgreifenden Unterschied constatiren. — Jodkali gibt er bei tertiärer Syphilis und vor dem Auftreten secundärer Symptome, ferner auch, wenn eine Hg-Cur wegen Stomatitis sistirt werden muss. — Die Hauptmethode ist die Schmiercur, dann folgen Calomelinjectionen.

Schumacher (Aachen), spricht sich gegen die intermittirenden Curen aus. Die Syphilis kann nach der ersten Cur geheilt sein. Um Spätformen eventuell zu verhüten, würde er jedoch auch etwa in Jahresfrist die Cur wiederholen. (Der Unterschied scheint also nur in der Länge der Pause zu bestehen. Ref.) Auch ohne vorhandene Symptome ist eine Cur vor der Heirath zu empfehlen.

Kaposi (Schlusswort), präcisirt seinen unitaristischen Standpunkt (den Neisser etwas anders auffasste) so, dass er sagt: Diejenigen Primärläsionen, welche mit einer typischen Sclerose behaftet sind, haben in der Regel allgemeine Syphilis im Gefolge, allein es gibt typische Sclerosen, in deren Verlauf der Kranke keine Syphilis bekommt und nach exquisit weichem Schanker kann Syphilis folgen. Ebenso folgt Syphilis nach allen Arten von Primärläsionen, die weder dem Typus der Sclerose, noch dem des Ulcus molle angehören; es braucht ja an der Stelle der Infection gar keine Veränderung aufzutreten und doch folgt Allgemeinsyphilis (Syphilis d'emblée). Aus diesen Gründen kann er sich mit den Versuchen durch Zerstörung der Sclerose oder durch Ausschaltung derselben aus dem Organismus die Syphilis abzuschneiden ebensowenig als mit den präventiven Allgemeincuren einverstanden erklären.

Neisser (Schlusswort), verweist bezüglich der weiteren Discussion über die zwischen ihm und Kaposi bestehenden Differenzpunkte auf eine spätere Gelegenheit.



**Dr. Rumpf** (Bonn). **Ueber syphilitische Erkrankungen des Gefässsystems.**

R. demonstrirt Präparate von Gehirnarterien, welche beweisen sollen, dass die syphilitische Gefässerkrankung den Granulationsgeschwülsten zuzuzählen ist. In Schnitten aus einer Art. basilaris eines dreissigjährigen an Dementia paralytica gestorbenen Luetikers sass z. B. eine grossentheils aus Zellen bestehende Granulationsgeschwulst „etwa mit einem Drittel ihres Umfanges an der inneren Gefässwand, während zwischen ihr und der übrigen Gefässwand eine durch die Härtung noch deutlicher gewordene Spalte sich befand".

Die Membrana elastica fehlt an der Ursprungstelle der Geschwulst fast vollständig. An Stelle der zerstörten Membr. elastica findet sich eine reichliche, strahlenförmig von der Muscularis in die Geschwulst ziehende Anhäufung von lymphoiden Zellen. In der Mitte zieht ein dickeres Capillargefäss durch die Neubildung (Blutung in der Umgebung). In der Umgebung der Geschwulst eine leichte Verdickung des Endothels und eine stärkere Zellenanhäufung in der Media. Die Endothelverdickung ist secundär in Folge des Reizes der Geschwulstentwickelung entstanden (contra Heubner). R. will in der Granulationsgeschwulst auch einzelne Syphilisbacillen gefunden haben. Auch an Präparaten von anderen Fällen, in denen der Process weiter fortgeschritten und mehr diffus ist, erkennt man, dass gewöhnlich von der Muscularis aus die Adventitia oder noch häufiger die Intima nach Zerstörung der Elastica von der aus den vasa vasorum stammenden Zelleninfiltration befallen wird. Schliesslich kann neben der Elastica auch die ganze Media durch den Process zerstört werden (Aneurysmenbildung). Bei weniger fortgeschrittenem Process wächst durch die Infiltration der Widerstand der Gefässwand und es tritt Thrombose ein (häufigerer Fall). — R. glaubt, dass man in frischen Fällen aus dem mikroskopischen Präparat auch ohne den Befund des Virus die Diagnose stellen kann. Bei Eintritt von Verfettung, Verkäsung, Verkalkung wird eine Entscheidung über die Aetiologie oft unmöglich sein, besonders da ja die früher etwa vorhandenen Mikroorganismen ebenfalls zerfallen und so dem Nachweis entzogen sein werden.

Discussion.

Litten (Berlin). Abgesehen von der Bildung von Gummata ist keine besondere Veränderung der Gefässe der Syphilis eigenthümlich.





Die Gefässerkrankung ist in erster Reihe eine Endarteriitis mi Zellwucherung (Heubner). Das diffuse Auftreten derselben führt z anämischer Nekrose des von den betreffenden Gefässen versorgte Abschnittes, sobald sich kein Collateralkreislauf einstellt, gleichwi bei der zur Schrumpfniere führenden Gefässläsion.

Rumpf (Bonn) bestätigt abgesehen von den Befunden an de Elastica und Muscularis auch Heubner's Befunde. (Aus dem Vo trag ging dies nicht klar hervor. Ref.) Die umschriebene Geschwul in der Art. basilaris (1. Präp.) kann auch als Gumma bezeichn werden.

## Dr. Rabl (Bad Hall). Ueber Lues congenita tarda.

R. hält es für sicher, dass es eine Lues congenita tarda gib d. h. eine durch Zeugung auf die Kinder übertragene Syphilis, welch erst geraume Zeit (am besten solle man das Ende des zweiten L bensjahres als Anfangstermin annehmen) nach der Geburt zum Vo scheine kommt. Diese Definition legt R. seinem folgenden Vortra zu Grunde, hielte es jedoch für besser, alle nach dem zweiten Le bensjahre auftretenden Formen congenitaler Syphilis als S. tarda z bezeichnen, gleichviel ob sie die ersten Symptome des Le dens sind, oder ob ihnen schon bei oder bald nach de Geburt Erscheinungen vorangegangen sind.

R. gesteht jedoch ein, dass meistens das Vorhandensein de Syphilissymptome bei der Geburt oder bald darnach auch in seine Fällen nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden kann. Sicher aus schliessen zu können glaubt er nur eine etwaige Acquirirung de Lues nach der Geburt.

Bei genauer Nachforschung bei hereditär Luetischen, die ers während der Pubertätszeit charakteristische Luessymptome zeigen findet man oft in den früheren Lebensjahren als scrophulös bezeich nete Leiden (Drüsenschwellungen, Augen- und Knochenleiden), di jedoch schon damals, da die Eltern keine Tuberculose hatten, den Verdacht auf Lues congen. tarda gerechtfertigt hätten.

Aus den 112 von R. beobachteten Fällen ergibt sich, dass da Auftreten der Lues hered. tarda vorwaltend zwischen das siebent und achtzehnte Lebensjahr fällt. Die näheren statistischen Daten besonders bezüglich der Häufigkeit der einzelnen Symptome, der Ver



theilung auf die Geschlechter, der Combination der einzelnen Symptome u. s. w. sind im Originale (Verhandlungen des Congresses, Bergmann, Wiesbaden 1886) nachzusehen. Bemerkt sei nur, dass über die Hälfte der Kranken mit Knochenleiden behaftet waren, fast ein Drittel mit Keratitis parenchymatosa. (Unter 174 Fällen von Ker. par. waren 33 unzweifelhaft luetischer Natur.) Hutchinson's Trias wurde nur drei Mal beobachtet. Auch die Veränderung der Schneidezähne war nicht constant.

Die Taubheit erklärt R. aus einer wahrscheinlich dem Process auf der Cornea gleichenden parenchymatösen Entzündung des Labyrinthes. Die Unterscheidung einer scrophulösen und syphilitischen Ozoena (ohne Nekrose der Knochen), ist, wenn die Anamnese nichts Positives ergibt, oft nicht zu machen.

Unter drei Fällen von Visceralluce (Hirnsymptome, Herzpalpitationen, Milz- und Leberschwellung u. s. w.) ist einer deshalb bemerkenswerth, weil er den 20jährigen Sohn eines früher luetischen Arztes betrifft. Der Sohn zeigte im 15. Jahre als erstes Symptom der congenit. Lues eine Auftreibung des linken Knöchels.

Scrophulose (Tuberculose) und angeborene Spätsyphilis können sich combiniren und gegenseitig modificiren.

Bei der Frage, ob die Lues congenita wieder vererbbar ist, führt Verf. einen angeblich einschlägigen Fall an; jedoch leidet der Sohn der von der Grossmutter her congenital syphilitischen Mutter nur an vereiternden, tuberculösen (!) Drüsen.

**Dr. Schumacher** (Aachen). **Ueber localisirte Hydrargyrose und ihre laryngoskopische Diagnose.**

Frühsyphilis und chronische Hydrargyrose der Mundschleimhaut schaffen häufig Bilder, die für die oberflächliche und oft auch für die genaue Besichtigung durchaus ähnlich erscheinen. Dieser Satz bezieht sich nicht auf die ausgesprochene, vollentwickelte Stomatitis mercurialis, sondern auf Erosionen und Beläge an den Mandeln und dem weichen Gaumen, welche Plaques muqueuses, oder aus ihnen entstandenen Geschwüren gleichen.

Die erste, die acute Form der localisirten Hydrargyrose ist leichter zu erkennen, sie heilt in ein bis drei Wochen.

Die chronische Form dauert häufig Monate lang und wechselt den Ort des Erscheinens, macht manchmal keine, in anderen Fällen





heftige Schmerzen. Treten dazwischen Luesrecidive an den genannten Orten auf, so ist die Diagnose oft sehr schwer.

Ein sicheres diagnostisches Mittel ist die mittelst Kehlkopfspiegels constatirte chronische Hydrargyrose im unteren Pharynxabschnitt (Cavum pharyngo-laryngeum), aber nur nach der positiven Seite, d. h. Fehlen derselben lässt nicht eine Mundaffection nothwendig als auf Syphilis beruhend erkennen. Der Spiegel zeigt uns, dass unterhalb der Papillae circumvallatae über und zwischen den grossen Balgdrüsen der Zungenwurzel bis zu den Fossae glosso-epiglotticae (besonders auf den Höhen der Schleimhautfalten zwischen Epiglottis und Pharynx) selten auf der hinteren Pharynxwand, anfangs eine Trübung der Schleimhaut mit vermindertem Glanz, in welcher nach einigen Tagen eine oder mehrere herdweise stehende schneeweisse Auflagerungen von einem halben bis einem Centimeter Umfang auftreten, die auf der lichtblauen oder circumscript entzündlich gerötheten Umgebung sitzen. Später verfärben sich die Auflagerungen graugelb; bei Aussetzen der Inunctionen tritt in ein bis drei Wochen unter allmäliger Verkleinerung Abstossung der Beläge ein. Entwickeln sich diese Erscheinungen stark, so kann eine bedeutende (einmal kirschengrosse) Schwellung der auswärts von der Cartil. thyreoidea liegenden Lymphdrüse sich entwickeln.

Diese Pharynxhydrargyrose geht meistens der Mercurialstomatitis voraus. Sie macht sehr wenig subjective Beschwerden, manchmal tiefgelegenen Halsschmerz beim Schlucken, auch nach den Ohren ausstrahlend. Zu erklären ist diese Localisation (Arrosionsnekrose) durch den stetig überfliessenden krankhaften Speichel und das Produkt der zahlreichen, drüsigen Secretionsorgane im Pharynx. Differentialdiagnostisch ist zu bemerken, dass Frühsyphilis im unteren Pharynx sehr selten vorkommt, ulceröse Spätformen aber leicht erkannt werden können. Tuberculose dieser Gegend beobachtet Sch. nie, glaubt jedoch, dass die Unterscheidung keine Schwierigkeit machen wird. Sowie die Diagnose „Pharynxhydrargyrose“ fest steht, ist die Hg-Cur zu sistiren.

Zur Behandlung empfiehlt Sch. Kali chloricum innerlich und Pinselungen mit verdünnter Jodtinctur oder schwachen Arg. nitr.-Lösungen.



II.

# Venerische Krankheiten.

(In Vertretung von Prof. **Neisser** zusammengestellt von Dr. **Julius Nega.**)

## Gonorrhoische Processe.

1. **Basset.** Rheumatismus blennorrhagicus. — Annal. de Derm. et de Syphil. VII, 6, 1886.
2. **Englisch.** Weitere Mittheilungen über tuberculöse Periurethritis. — Wiener med. Blätter. 1886, 7. 8. 9.
3. **Róna.** Ein Fall von totaler Hodenschrumpfung in Folge acuter Hodenentzündung. — Pester med.-chir. Presse. 1886, Nr. 17.
4. **Elbogen.** Zur Kenntniss der Cystenbildung aus den Ausführungsgängen der Cowper'schen Drüsen. — Zeitschrift für Heilkunde. Prag, 1886, Nr. II und III.
5. **Mannino** L. Il bacillo della balanopostite (Ref. in Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle 1886, 2).
6. **Stravino** A. La iperemia abituale e la flogosi nei genitali delle meretrici. — Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1886, 3.
7. **Tommasoli.** La cura abortiva della blennoragia non è razionevole. — Giorn. internaz. delle scienze med. 1886, 4. (Ref. Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1886, 3.)
8. **Torrey Stone** W. The surgical treatement of urethral stricture. — New.-York. Med. Journ. 1886, Apr. 24.
9. **Zeissl.** Ein Beitrag zur Pathologie und Therapie des Harnröhrentrippers. — Allg. Wiener med. Zeitung. 1886, 14 u. ff.
10. **Fessenden** N. **Otis.** Circumcision under Cocaine. — New-York med. journ. May 8. 1886.
11. **Lefort.** Société de Chirurgie: Rétrécissement de l'urèthre. Semaine médical Nr. 21 u. 22, 1886.
12. **Guyon.** Clinique chirurgicale: De l'uréthrotomie interne. Semaine médical Nr. 21, 1886.
13. **Heurteloup.** Société de Chirurgie: De l'uréthrotomie interne. Semaine médicale Nr. 24, 1886.

14. **Tillaux.** Société de Chirurgie; De l'uréthrotomie interne. — Semaine médicale Nr. 23, 1886.
15. **Regnauld.** Rétrécissement de l'urèthre, Cystite aiguë, Uréthrotomie, Bougie siégeant depuis longtemps dans la vessie et incrustée de phosphates. — Progrès médical Nr. 30, 24 Juillet 1886.
16. **Dittel.** Ueber Endoskopie der Blase. — Wiener med. Blätter Nr. 22 und 23, 1886.
17. **Dicken** J. L. A new vaginal speculum. — New-York med. Journ. 1886. 3. April.

Basset (1) berichtet über einen höchst langwierigen Fall von Rheumatismus blennorrhag., der alle an diese Diagnose gestellten Bedingungen erfüllt. Derselbe gesellte sich als acuter Rheumatismus zu der ersten blennorrhagischen Infection, um sich von da an zu jeder weiteren Infection, zu jeder Recidive derselben hinzuzugesellen, und auch durch Irritation der Harnröhre durch Kathetrisiren verschlimmert zu werden. Befallen werden insbesondere die kleinen Gelenke, Kiefer-, Sternoclavicular-, Metatarsophalangeal-Gelenke, wie die Erkrankung sich auch auf die Sehnenscheiden ausdehnte.

Finger.

Nach Englisch (2) handelt es sich bei tuberculöser Periurethritis gewöhnlich um tuberculös behaftete Individuen. Die Erkrankung beginnt, ob ein Tripper vorausgegangen ist oder nicht, mit einer Geschwulst am Mittelfleische, der meist ein Harnröhrenfluss vorausgeht. Die Geschwulst entspricht dem Trigonum bulbo-urethrale und hängt mit der einen Seite des Bulbus zusammen. Bei der Rectaluntersuchung findet man eine Vorwölbung an der Innenfläche der mittleren Beckenbinde. Diese Lage, Gestalt und Begrenzung der Geschwulst entspricht genau der gewöhnlichen Entzündung der Cowper'schen Drüsen. Erschwertes Harnlassen und geringe Schmerzhaftigkeit sind die subjectiven Symptome. Der Verlauf ist im Allgemeinen ein träger; es kommt nach Durchbruch der Haut zu obstinaten Fisteln.

Nach Jahr und Tag gehen die Kranken an Tuberculose grösserer Organe oder allgemeiner Tuberculose zu Grunde. Nebst der localen Behandlung ist ein Augenmerk auf Verbesserung der Säftemischung zu richten. Die Einführung von Instrumenten wird widerrathen.

Róna (3) zu einem 19 Jahre alten Pat. gerufen, der nie an Tripper litt, gewahrte eine bis auf Hühnereigrösse gediehene Geschwulst des linken Hodens, die trotz angewandter Antiphlogose bis auf Mannsfaustgrösse wuchs.



Der Nebenhode kaum tastbar, Scrotum sehr geschwellt, intensive Schmerzen, Fieber. Nach Abnahme der Schmerzen und des Fiebers Fricke'scher Verband. Als R. nach $1^1/_2$ Jahren den Pat. wieder sah, war der linke Hode auf Haselnussgrösse reducirt, steinhart, unempfindlich und der Samenstrang verdünnt; der rechte Hode jedoch auf das Doppelte vergrössert.

Da zu der Zeit, als R. den Kranken in Behandlung nahm, Orchitiden sowohl im Spitale als auch privatim vorkamen, so ist die Möglichkeit einer Mumps-Orchitis in diesem Falle nicht ausgeschlossen, wenn auch in seiner Familie kein Mumpsfall nachzuweisen war.

Unter 494 männlichen Leichen Erwachsener und bei 151 männlichen Kinderleichen fand Elbogen (4) 16mal Cysten der Ausführungsgänge der Cowper'schen Drüsen. Die Cysten waren von Erbsengrösse und darüber und sassen da wo die Cowper'schen Drüsen in die Harnröhre münden und bildeten elliptische und spindelförmige Gebilde in der Medianlinie der Harnröhre und nach rechts oder links von der Mitte abweichend. Eine Prävalenz der einen Seite gegen die andere konnte nicht constatirt werden. Der Drüsenkörper selbst zeigt keine wesentlichen Veränderungen. Die Cystenwand besteht aus fibrillärem Bindegewebe, ihre Innenfläche ist glatt, von einem Cylinderepithel ausgekleidet, welches in den meisten Fällen abgeplattet ist. Als Effect einer vorgängigen Entzündung fanden sich auch papilläre Excrescenzen in den Cysten. Die Genese betreffend bringt E. die Cystenbildung mit der grossen Quellbarkeit des schleimigen Inhaltes in Verbindung, wodurch die Verstopfung der feinen Ausführungsgänge bewirkt wird und die Cysten daher als Retentionscysten anzusehen sind. Entzündungen der Harnröhre und Epithelverdickungen spielen beim Zustandekommen dieser Veränderungen ebenfalls eine Rolle.

Horovitz.

Mannino (5) constatirte im Eiter der Balanoposthitis in den verschiedenen Stadien des Verlaufes stets die Anwesenheit sehr zahlreicher Bacillen, welche ihm für diese Affection specifisch zu sein scheinen. Cultur und Uebertragungsversuche fehlen bis jetzt. Die ätiologische Bedeutung dieser Bacillen muss demgemäss bis jetzt wohl sehr skeptisch aufgenommen werden. Der Referent kann sich darum auch nicht der Ansicht des Autors anschliessen, dass den gedachten Bacillen ein differentialdiagnostischer Werth beizulegen ist. Dagegen kann wohl zugegeben werden, dass Gonorrhöe und Balanitis zwei von einander wesentlich verschiedene Erkrankungen sind, und



dass bei der ersteren stets ein bestimmter specifischer Mikroorganismus (Gonococcus-Neisser) gefunden wird.

Die Ursachen der habituellen Hyperämien und der entzündlichen Processe an den Genitalien der Freudenmädchen werden auf Grund klinischer Erfahrungen in Gelegenheits- und prädisponirende Ursachen eingetheilt. Zu den ersteren rechnet Stravino (6) die übermässig häufige Ausübung des Coitus, Masturbation, Geschlechtsgenuss während der Menstruation, oder kurz nach Partus, die Anwendung der Kälte zur Unterdrückung der Blutverluste und der Leukorrhöen, und das blennorrhagische Contagium. Als prädisponirende Momente sind die reichliche Vascularisation des Uterus und seiner Adnexe, die zahlreichen Anastomosen und der geschlängelte Verlauf der Gefässe, wodurch der Kreislauf verlangsamt wird und der Reichthum an Lymphbahnen, welche vielfach mit subperitonealen Lymphbahnen communiciren, von grosser Bedeutung. Im Allgemeinen erklären sich die entzündlichen Vorgänge leicht durch das alte Wort „ubi stimulus ibi affluxus“; die Hyperämie geht bei persistirenden Reizmomenten schnell in Entzündung über.

Ausser den gewöhnlichen Symptomen der utero-vaginalen Entzündungen betont der Verf. besonders den Schmerz beim Coitus, die Tendenz zu Menorrhagien, Metrorrhagien und Leukorrhöe, die Unmöglichkeit der Befruchtung wegen der sauren Beschaffenheit des Uterusschleims, gastrische Störungen, nervöse Reizzustände, allgemeine Schwäche. Zur Behandlung empfiehlt er absolute Ruhe, Abstinenz vom Geschlechtsverkehr, Anwendung der Kälte, locale Blutentziehungen, einfache oder alkalische warme Injectionen in späteren Stadien und eine geeignete reconstituirende tonische Behandlung.

Tommasoli (7) spricht sich mit Recht, mit grosser Energie gegen die sogenannten Abortivmethoden bei der Behandlung der Gonorrhöe aus. Mikroskopisch-anatomische Untersuchungen haben ergeben, dass die Gonococcen schnell in die tiefsten Theile der Mucosa urethrae eindringen, eine völlige Vernichtung derselben kann demnach nur auf Kosten der Gewebe selbst, welche in grösserer Ausdehnung zerstört werden müssten, erreicht werden; ein solches Vorgehen ist aber nicht nur unsäglich schmerzhaft, sondern auch gefahrvoll für die Zukunft. **Kopp.**





Torrey (8) gibt keine ausführliche Uebersicht über das grosse Gebiet der Harnröhrenverengerungen, sondern behandelt in dem vorliegenden Aufsatze ausschliesslich die organischen Stricturen der vorderen Harnröhre, speciell diejenigen, welche man als Stricturen weiten Calibers bezeichnet.

Otis hat im letzten Jahrzehnt die Wichtigkeit der Behandlung solcher Stricturen weiten Kalibers besonders hervorgehoben. Die Beseitigung derselben ist häufig unerlässlich, um den chronischen Tripper mit spärlichem Ausfluss zu beseitigen. Der vordere Theil der Harnröhre ist der häufigste Sitz der Strictur, organische Stricturen in der Pars membranacea sind nach Torrey ein seltenes Ereigniss[1]) (! ! Referent). Der Meatus hat lange Zeit als Mass für die normale Weite der Urethra gegolten. Man hat nachgewiesen, dass jedes Instrument, welches den Meatus passirt, mit Leichtigkeit den ganzen übrigen Canal passirt — falls keine Strictur vorhanden ist. Dies ist insoferne wahr, als der Meatus die am meisten contrahirte Stelle des Canals ist; die Voraussetzung aber, dass der Meatus die Weite des dahinterliegenden Canals repräsentirt, ist unrichtig. Ebenso wenig ist eine Strictur ausgeschlossen, wenn auch ein Instrument ungehindert durch den Meatus und den Canal in die Blase gelangt. Die normale Weite ist für jede Urethra verschieden, wir müssen daher zuerst constatiren, welches das normale Kaliber der Urethra unseres Patienten ist, wenn wir ihn auf eine Strictur untersuchen wollen. Stricturen des Meatus sind überdies keineswegs eine Seltenheit.

Das zweckmässigste Instrument, um das normale Kaliber der Urethra zu bestimmen, ist der Urethrometer von Otis. Der Autor gibt uns eine genaue Beschreibung desselben, welche im Original nachzulesen ist.

Folgende sind die operativen Massregeln, welche bei der Behandlung einer Strictur in Anwendung kommen:

1. Allmälige Dilatation;
2. schnelle Dilatation;
3. Divulsion;

[1]) Guyon behauptet, dass Verengerungen der Harnröhre in der Pars membranacea und prostatica nur nach Traumen vorkommen, niemals aber in Folge einer Blennorrhöe. Semaine méd. 1886, Nr. 21. (Bemerkung des Referenten.)



4. interne Urethrotomie ohne Dilatation;
5. interne Urethrotomie mit Dilatation.

Von diesen Methoden ist die zuletzt erwähnte die vorzüglichste. Die interne nicht-dilatirende Urethrotomie ist eine sehr werthvolle Operation bei engen Stricturen, welche die Einführung eines dilatirenden Urethrotoms nicht gestatten. Jedoch ist diese Operation nicht radical, man sollte ihr immer die interne dilatirende Urethrotomie folgen lassen. Das einzige dilatirende Urethrom, welches einen Werth hat, ist nach Torrey's Meinung das von Otis erfundene. Der Autor beschreibt nun ausführlich das Instrument und die Art und Weise, wie er die Urethrotomie vorzunehmen pflegt. Nega.

Zeissl (9) bespricht zunächst die bisher usuelle Therapie der Urethritis, polemisirt, insbesondere auf eine These von Leprévost gestützt, (die aber einstweilen durch Picard in den Annales des mal. genito-urinaires gründlich widerlegt wurde) gegen die von Fullien, Diday, Ultzmann u. A. proclamirte und seither nahezu allgemein acceptirte Eintheilung der Urethritis in eine anterior und posterior, sowie gegen die Bedeutung, die diese Autoren dem Guthrie'schen Schliessmuskel zuschreiben und empfiehlt schliesslich die schon von H. Zeissl geübten Irrigationen der Urethra mit gewöhnlicher Handspritze, der er einen olivenförmigen Ansatz gibt. Finger.

Otis (10) berichtet über ein Verfahren, mittelst dessen es möglich ist, die Circumcision schmerzlos auszuführen. Das Präputium wird zurückgezogen und drei bis vier Tropfen einer 6percentigen Cocaïnlösung werden mit einer feinen hydrodermatischen Nadel in das innere Blatt des Präputium ungefähr ein halb Zoll vor seiner Anheftungsstelle an die Basis der Glans penis injicirt. Es bildet sich eine kleine Blase und eine halbe Minute darauf wird die Nadel abermals eingeführt an der der Blase entgegengesetzten Seite. Auf diese Weise wird ringsherum ein Kreis von Einstichen um den Penis angelegt.

Auf ähnliche Weise werden an entsprechenden Stellen der Lamina externa Injectionen gemacht. Das Präputium wird dann vorgezogen, bis die Injectionslinie die Spitze der Glans überwunden hat, dann wird an der Injectionslinie eine comprimirende Klammer angelegt und die Excision vorgenommen, welche schmerzlos ist.

Die Klammer wird dann entfernt, die Lamina interna gespalten,



umgedreht, mit der Scheere zugestutzt und an den Incisionsrand der Lamina externa durch continuirliche Naht befestigt. Nega.

Lefort, (11) welcher niemals die Urethrotomia interna oder die Zerreissung der Strictura urethrae anwendet, gibt ein neues Verfahren schneller Dilatation der Harnröhre an und behauptet, dass dieses (Näheres s. Original) auch in ganz schweren Fällen anwendbar und nicht so gefährlich sei, als obige Operationen. L. hat nach seinem Verfahren nur ganz leichte Störungen beobachtet; die mittlere Dauer der Behandlung, d. i. bis zur Möglichkeit, eine hohe Bougienummer einzuführen, beträgt 16 Tage; natürlich muss auch nachher das Bougieren fortgesetzt werden.

Guyon (12) erwähnt einen Fall, in dem er bei noch dilatabler Strictur der Urethra doch die Urethrotomia interna vorzog. G. sagt, dass der Sitz der Stricturen oft schlecht angegeben würde und behauptet, dass gonorrhoische Stricturen der Pars membranacea oder prostatica niemals vorkämen. In einem Falle hat er die Urethrotomia interna gemacht, da der Patient nach dem Sondiren Schüttelfröste bekam. G. empfiehlt die Operation in allen Fällen, in welchen heftige Reaction auf das Sondiren auftritt und so Gefahren für den Patienten entstehen.

Heurteloup (13) erwähnt zunächst die Methode der Zerreissung der Strictur, die in manchen Fällen gute Resultate gibt, empfiehlt jedoch für die mit Urinfisteln, Verdickung des periurethralen Gewebes complicirten Fälle, die Urethrotomia interna. H. gibt ein Urethrotom an (Beschreibung s. Original), mit welchem er in 70 Fällen operirt hat. Dabei hatte er keinen Todesfall, niemals grössere Blutung und nur unbedeutendes Fieber.

Als Hauptvortheil seines Urethrotoms hebt H. hervor, dass der Operateur immer weiss, an welcher Stelle er ist und nicht weiter geht, als er will; als Nachtheil gibt er zu den hohen Preis des Urethrotoms und dass er bei der Operation vier Instrumente successive einführen muss. Bezüglich der Recidive der Stricturen kann H. Genaueres nicht angeben. Bei alten, mit Harnzersetzung, Fieber etc. complicirten Fällen, zieht H. die Urethrotomia externa vor, da die interna in diesen Fällen fast stets zu Störung der Nierenfunction führt.



Tillaux (14) hält die allmälige Erweiterung bei der Stricturenbehandlung für das Beste; nur in Fällen, wo ein Aufsteigen in der Nummer der Bougies sich als unmöglich erweist, oder das Bougieren gar nicht ertragen wird, hält er die Urethrotomia interna für eine gute Operation. Lucas-Championnère hat die Urethrotomia interna oft mit grossem Erfolge angewandt und bestreitet, dass sie ein gefahrvoller Eingriff sei. Trélat versucht stets zuerst die Dilatation und steht sonst auf demselben Standpunkte, wie Tillaux und Lucas-Championnère. Auch hat er gute Erfolge von der Lefort'schen Methode der raschen Dilatation gesehen, doch glaubt er nicht, dass diese die Urethrotomia interna entbehrlich machen könne, welche in Fällen von fibrösen oder sehr reizbaren Stricturen indicirt sei. Doch mache die Operation nicht etwa spätere Sondenbehandlung überflüssig. Verneuil betont, dass böse Zufälle bei der Urethrotomia interna vorkommen und zieht in Fällen, wo Blase und Nieren krank sind, die externa vor. Gaertner.

Das Interessanteste an dem von Regnauld (15) beschriebenen Falle ist der Umstand, dass man bei der Section eine mehrfach kreisförmig zusammengerollte mit einer dicken Schicht von Phosphaten bedeckte Bougie in der Blase des Patienten vorfand. Der Patient war seit mehreren Jahren wegen einer Strictur mit Verweil-Bougies behandelt worden. Eines Morgens konnte er die Abends eingeführte Sonde nicht wiederfinden, worüber er sich keineswegs Sorgen machte. Die Sonde blieb also lange Zeit in der Blase, ohne Beschwerden zu machen. Nega.

Dittel (16) theilt seine Erfahrungen über Blasenendoskopie mittelst des Nitze'schen, von Leiter verbesserten Apparates mit. Es sind katheterförmige, etwa 19 Ctm. lange Instrumente, die der Scala 21 nach Charrière entsprechen. Die gesunde Blasenschleimhaut erscheint blass oder blassroth, wenn das Instrument nicht zu lange in der Blase verweilte; die Gefässverzweigungen treten ganz deutlich hervor; die Detrusorenbündel treten als Leistchen auf und der Blasenhals erscheint als wulstiger Ring. Divertikelöffnungen präsentiren sich als runde, schattige Stellen. Von Cystitis befallene Schleimhaut sieht tiefroth aus, mit deutlichen Gefässverzweigungen und blutig gefärbten Stellen. Bei chronischem Blasenkatarrh ist die Wand sehr blass und eine



grosse Menge von Schleimflocken zu sehen. Von der Prostatahypertrophie ist schwer ein deutliches Bild zu bekommen, weil das Instrument nicht lang genug ist, um zwischen Prostata und Instrument eine genügende Menge Lichtstrahlen durchzulassen. Endlich wird über Fremdkörper und Tumoren der Blasen berichtet. Diagnostische Irrthümer sind auch hier möglich, indem gewulstete Blasenwand bei chronischer Cystitis als Tumor angesehen wurde. Horovitz.

Dicken (17) empfiehlt ein neues, zweiblättriges Speculum mit Schraubenvorrichtung, welche die Blätter in der eingestellten Lage erhält. Dem Artikel ist eine Abbildung beigegeben. Nega.

## Zur Contagienlehre der Syphilis.

1. **Disse** F. u. **Taguchi** K. Ueber das Contagium der Syphilis. — Deutsche med. Wochenschrift Nr. 14, 1886, p. 235.
2. **Neumann.** Ueber Reinfectio syphilitica. — Allg. Wiener med. Zeitung. 1886, 19.

J. Disse und R. Taguchi (1) geben in dieser zweiten Mittheilung — die deutsche med. Wochenschr., 1885, Nr. 48, brachte die erste — eine ausführliche Schilderung der Form und Entwickelung der Spaltpilze, welche „die Träger des Contagiums der Syphilis sind". (Es erscheint überflüssig, hier die Einzelheiten dieser Schilderung wiederzugeben; schon der Umstand, dass es dem Vf. gelang, Thiere mit diesem Syphiliscontagium zu impfen und bei denselben diese Bacterien nachzuweisen, lässt diese Befunde, resp. die denselben gegebene Deutung als sehr fragwürdig erscheinen, jedenfalls sind erst die versprochenen ausführlichen Mittheilungen abzuwarten. Ref.)

Lesser.

Neumann (2) berichtet über den folgenden Fall:

A. L. im Februar 1885 wegen manifester secundärer Lues an der Klinik behandelt, liess sich am 17. December 1885 wieder auf die Klinik aufnehmen und gab an, seit fünf Wochen krank zu sein. Die Untersuchung ergab am Rande der rechten Labien, auf mässig derber Basis ein halbkreuzergrosses, trockenes, flaches Geschwür, dessen Natur mit Rücksicht auf die vorausgegangene Lues nicht sicher erschien. Am 10. Jänner 1886 Proruption eines maculösen Exanthemes am Bauch und Rücken. Am 22. Jänner haben sich die Flecke, die punctförmig, hirsekorn- bis linsengross und etwas prominent sind, vermehrt und sind am Rücken nach den Wirbeln von oben nach unten angeordnet.



Gaumenbogen und Tonsillen scharf umschrieben geröthet. Bis Ende Februar sind die Flecke in Papeln umgewandelt.

Verf. erklärt den Fall als einen solchen, der allen an eine sichere Reinfectio syphilitica zu stellenden Bedingungen entspricht und knüpft eine kurze Bemerkung über Heilbarkeit der Syphilis an.

**Finger.**

## Venerische Helkosen und Initialformen der Syphilis.


1. **Hutchinson** J. Some mort points in the natural history of syphilis. — Brit. med. Journal, 9. Jan. 1886, cit. Journ. of cut. and vener. dis. 1886, Nr. 3, p. 85.
2. **Stravino.** Del fagedenismo nell' ulcero venereo semplice e nell' ulcero infettante. — Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1886, 3.
3. **Tommasoli.** Contributo allo studio dell' ulcero molle. — Boll. della soc. tra i Cultori del Scienze mediche di Siena. F IV. (Ref. Giorn. ital delle mal. ven. e della pelle. 1886.
4. **Patamia.** Sulla virulenza del bubbone ulceroso. — Giorn. internaz. delle Scienze mediche. 1886, 2.
5. **Tommasoli.** Contributo alla diagnosi del sifiloma iniziale. — Bolletino della Società dei Cultori di Scienze mediche di Siena. F. IV.
6. **Morel-Lavallée.** Syphilitischer Initialeffect an den Augenbrauen. — Ann. de Derm. et de Syphil. VII, 2, 1886.
7. **Nièce.** Ein Fall von indurirtem Schanker der Ellenbogen. — Ann. de Derm. et de Syphil. VII, 4, 1886.
8. **Hermet.** Indurirter Schanker des Ohres. — Ebenda. VII, 2, 1886.


Hutchinson (1) hält den weichen Schanker für eine wahrscheinlich nicht specifische Affection, das Gift desselben ist nur ein eigenthümliches Produkt der Entzündung. Ebenso glaubt übrigens H., dass Gonorrhöe, Erysipel, Diphtherie u. s. w. auch spontan, unabhängig von einer Ansteckung entstehen können. Die syphilitischen Entzündungen haben nach H. eine besondere Neigung phagedänisch zu werden, die Phagedän ist wahrscheinlich übertragbar, erzeugt aber nicht Syphilis — das syphilitische Gift ist wahrscheinlich zerstört — sondern Phagedän. Möglicher Weise ist der weiche Schanker eine Art Phagedän, etwa der geringste Grad derselben. Andererseits kommt der weiche Schanker, wenn auch nicht ausschliesslich, so doch bisweilen, am häufigsten bei Menschen vor, die früher Syphilis acquirirt haben. Auch Phagedän an den Genitalien geht fast immer mit Syphilis einher und so sind Narben an den Genitalien fast immer ein Zeichen



von Syphilis und ebenso beobachtete H. vereiterte Bubonen meist bei Syphilitischen. Reinfectionen kommen meist erst längere Zeit nach der ersten Infection und nach völliger Heilung der ersten Syphilis vor, doch hat H. auch im ersten Jahre nach der Infection und noch vor der Heilung der ersten Syphilis eine Reinfection beobachtet. Die Zeit der Incubation ist nach H. länger, als in der Regel angegeben wird, er fand sie selten kürzer als fünf Wochen und oft länger als sechs Wochen. Er nimmt an, dass die Annahme einer kürzeren Incubation hauptsächlich auf einem Missverständniss beruhe, indem nicht die Zeit zwischen Infection und Auftreten der Induration, sondern zwischen Auftreten eines Geschwüres am Orte der Infection und der Induration als Incubationsperiode angenommen sei. Bezüglich der Reinfectionen warnt H. vor Verwechslungen mit den auch von ihm am Orte des ersten Schankers beobachteten Reindurationen, die nur selten von Drüsenschwellungen und niemals von Allgemeinerscheinungen gefolgt sind. Es gibt Fälle von Syphilis, bei denen die genaueste Untersuchung keinen Primäraffect auffinden lässt; in manchen dieser Fälle besteht Gonorrhöe und H. hält es für möglich, dass das syphilitische Gift von der entzündeten Urethralschleimhaut ohne Geschwürsbildung, ohne Urethralschanker aufgenommen werden könne (Gonorrhoea-Syphilis). In einem Fall sah H. nach der Einimpfung klarer Lymphe von syphilitischen Kindern Syphilis folgen.

Lesser.

Phagedänismus stellt nach Stravino (2) eine Complication dar, welche sowohl bei den verschiedenen venerischen Erkrankungen als auch bei scrophulösen, tuberculösen, krebsigen und durch Kachexie bedingten Krankheitserscheinungen ulceröser Natur vorkommen kann. Der Autor ist geneigt, eine parasitäre Aetiologie der Phagedän anzunehmen und fand im Detritus phagedänischer Geschwüre in den weissen Blutkörperchen isolirte oder zooglöaartig angehäufte Sporen, ähnlich wie bei Gangrän. Eine solche Pathogenese stehe mit den klinischen Beobachtungen durchaus im Einklang, denn Phagedän findet sich am häufigsten bei kachectischen, chloranämischen, scrophulösen Individuen, bei Alkoholikern und schlecht genährten Personen, Verhältnisse, unter denen den Mikroorganismen ein günstiger Nährboden bereitet werde. Im Weiteren betont der Verf. dass die Phagedän bei venerischen Affectionen im Gegensatze zu syphilitischen Affectionen acut verlaufe und schildert die klinischen Verschiedenheiten, sowie



die verschiedenen Ausgänge der Erkrankung. Die Prognose sei immer eine ernste; im Allgemeinen jedoch bei syphilitischen Ulcerationen am günstigsten wegen des günstigen Einflusses einer eingeleiteten antiluetischen Therapie. Die Differentialdiagnose (von anderweitigen Erkrankungen werden Lupus vulgaris und Krebs berücksichtigt) sei besonders wegen des acuten Verlaufs und falls es sich um syphilitische Phagedän handelt, durch das Bestehen anderweitiger luetischer Symptome, sowie durch den Einfluss einer antiluetischen Therapie wesentlich erleichtert. Als Prophylaxe sei absolute Reinlichkeit, Asepsis und Berücksichtigung des Allgemeinbefindens nothwendig. Zur topischen Behandlung werden Jodoform und Pyrogallol, in sehr rebellischen Fällen das Cauterium actuale oder potentiale empfohlen, eventuell auch der scharfe Löffel. Bei den syphilitischen Formen der Phagedän energische specifische Behandlung. Besondere Beachtung verdient der günstige Einfluss des Erysipels auf den Ablauf der Phagedänformen.

Tommasoli (3) vertritt den Standpunkt, dass das Ulcus molle ein specifisches Virus nicht besitzt und erwähnt als Beleg für diese Auffassung einen Fall, in welchem eine Infection auszuschliessen war. Da es sich aber der Beschreibung nach um eine einfache Balanitis und spitze Papillome handelte, so dürfte demselben eine Bedeutung für die in Rede stehende Frage kaum zukommen.

Bezüglich der vor einiger Zeit von Strauss aufgeworfenen Frage über die Virulenz der Schankerbubonen theilt Patamia (4) die Anschauungen von Horteloup und Diday; der aus der Tiefe des Drüseninneren entnommene Eiter sei stets inoculabel.

Tommasoli (5). Die Differentialdiagnose zwischen Primäraffect und isolirt auftretenden Herpesbläschen bieten zuweilen Schwierigkeiten. Zur Sicherung der Diagnose empfiehlt Verf. unter Mittheilung eines einschlägigen Falles die Methode Leloir's, welche darin besteht, dass die Basis der zweifelhaften Induration zwischen den Fingern mässig gepresst wird. Handelt es sich um ein Initialsyphilom, so wird nur wenig oder gar kein Serum entleert, während bei Herpes, wo die Induration wesentlich durch entzündliches Oedem bedingt wird, mehrere Tropfen seröser Flüssigkeit erscheinen. Die rasche Heilung durch rein hygienische Behandlung in dem vom Verf. mit-



getheilten Falle bestätigte die Richtigkeit der Diagnose und damit den Werth dieses differential-diagnostischen Zeichens. Kopp.

Morel-Lavallée (6) erzählt folgenden Fall von syphilitischem Initialaffect an den Augenbrauen:

E. G., wegen Lähmung der Beuger des Fingers der rechten Hand aufgenommen, zeigt eine ältere Roseola syphilitica. Coitus nach Angabe des Pat. seit mehr als einem Jahre keiner. Genaue Untersuchung, besonders Berücksichtigung der Drüsenschwellung lenkte die Aufmerksamkeit auf eine derbe, livide, noch mit Krusten gedeckte Narbe am linken Augenbrauenbogen. Diese Narbe rührt von einem Biss bei einer Rauferei her, den Pat. vor drei Monaten erlitt und der sich bald darauf in einen derben, lividen Knoten verwandelte, der von Submaxillardrüsenschwellung gefolgt war. Etwa sechs Wochen später Plaques am Scrotum, Drüsenschwellung vor dem Ohr und am Processus mastoideus, Roseola, Plaques im Mund.

Nièce (7) berichtet einen Fall von indurirtem Schanker der Ellbogen.

Neben maculo-papulöser Syphilis am Stamme, Schleimpapeln am Munde und Scrotum, Pusteln am Kopfe, findet sich bei einem 26jährigen Musiker ein Geschwür am rechten Ellbogen, von der Grösse eines fünf Francs-Stückes, ziemlich gleichmässig rund, auf deutlich derbem Grunde, eingeschlossen von einer Zone gerötheter und schuppender Haut. In der Achselhöhle die Drüsen bis kastaniengross. Die Entstehung, d. h. Art der Uebertragung ist unbekannt.

Hermet (8) beobachtete einen indurirten Schanker des Ohres.

Hinter dem rechten Ohre, zum Theile auf diesem, zum Theile über dem Processus mastoideus, durch den Sinus retro-auricularis getheilt, ein fünf Centimeter Durchmesser messender, livider, schuppender Knoten, Schwellung der mastoidealen und cervicalen Drüsen, Roseola und Papeln am Munde bei einer 42jährigen Frau, durch Kuss hinter das Ohr von ihrem mit Schleimhautpapeln am Munde behafteten Gatten acquirirt.

Finger.

## Symptomatologie der Syphilis.


1. **Fournier.** Des Facteurs de gravité de la syphilis. — Semaine médicale Nr. 22, 24, 26, (Juin) 1886.
2. **Léloir.** Leçons sur la syphilis, XI-ième leçon. Progrès médical Nr. 14, 15, 1886.
3. **Mauriac.** Evolution de la Syphilis. — Gazette des hôpitaux Nr. 39, 45, 53, 56.

4. **Gaillard.** Rhachitis und Syphilis. — France médic. Jänner 1886.
5. **Hartmann** und **Pignot.** Hämorrhagie und Syphilis. — Ann. de Derm. et de Syphil. VII, 1, 1886.
6. **Brie.** Syphilis und Dementia paralytica. — Dissertation, Breslau 1886.
7. **Andronico Carmelo.** L'influenza della sifilide sui traumatismi. — Ref. in Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1886, 2.
8. **Bossi.** La sifilide nella gravidanza. — Gazetta delle cliniche 1886, 9—12. Ref. in Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1886, 3.
9. **Otis** F. N. On the limitation of the contagious stage of Syphilis especially in its relations to mariage. — Journ. of cutan. and vener. dis. 1886, Nr. 3, p. 65, Nr. 4, p. 101.
10. **Knoche** F. P. A case of rupia syphilitica confined almost exclusively to one side of the body. — Journ. of cutan. and vener. dis. 1886, Nr. 2, p. 36.
11. **Nivet.** Lippengumma, harte Schanker der Lippe simulirend. — Annal. de Derm. et de Syphil. VII, 6, 1886.
12. **Haslund.** Leucoderma syphiliticum. — Nord. med. Ark. XVII, 17, 1885.
13. **Tortora.** Un caso abbastanza raro di sifilide pigmentaria areolata. Il Morgagni 1886. — Ref. in Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1886, 3.
14. **Lancereaux.** Die syphilitischen Ostitiden. — Ann. de Derm. et de Syphil. VII, 5, 1886.
15. **Robinson.** Syphilitic Caries of the Nose. — New-York med. Journ. April, 17, 1886.
16. **Fuchs.** Syphilitische Papel des Ciliarkörpers. — Nach dem Berichte der Wiener med. Blätter. 1886, Nr. 26.
17. **Oliver Moore** W. Gummata of the Right Corpus striatum, with double optic neuritis. Autopsy. — New-York med. Journ. 1. May 1886.
18. **Emerson** J. B. Statistics illustrating the aetiologie of paralysis of the ocular muscles. — New-York med. Journ. 8. May 1886.
19. **Lyttle** Herbert G. Cerebral Syphilis. — New-York med. Journ. 1. May 1886.
20. **Porter** H. Syphilitic Lesions of the Brain and Spinal Cord. Four Cases. — New-York med. Journ. 8. May 1886.
21. **Ménétrier.** Mal perforant der Handteller bei einem an syphilitischer Tabes leidenden Individuum. — Ann. d. Derm. et de Syphil. VII, 1, 1886.
22. **Kirmisson.** Testicule et épididyme syphilitique, hydrocèle. — Gazette des hôpitaux 1886, Nr. 67.
23. **Trélat** M. Un cas de syphilome ano-rectal de forme gummeuse superficielle. — Gazette des hôpitaux 1886, Nr. 42.
24. **Humbert** und **Boully.** Syphilomes périnéaux. Société de Chirurgie. — Semaine médicale 1886, Nr. 17.



25. **Schnitzler.** Zur Pathologie und Therapie der Kehlkopf- und Lungensyphilis. — Wiener med. Presse. 1886, Nr. 15 u. ff.
26. **Besançon.** Rétrécissement syphilitique de la trachée et des bronches etc. Société anatomique, Séance du 19 mars 1886. — Progrès médical Nr. 24, 1886.
27. **Andronico Carmelo.** Sulla patologia delle sifilidi. — Giorn. internaz. delle Scienze mediche 1886, 4. (Ref. Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle 1886, 3.)

Die Thatsache, dass die Syphilis in einem Falle leicht, im anderen schwer verläuft, hängt nach Fournier (1) nicht von einer Verschiedenheit des Virus ab, sondern von der Verschiedenheit des Bodens, auf welchen das Virus geimpft wird.

Ausser den allgemeinen Ursachen (geschwächte Constitution und schlechte hygienische Verhältnisse), welche geeignet sind, den Verlauf jeder Krankheit ungünstig zu gestalten, gibt es noch eine Reihe ganz bestimmter Factoren — F. zählt deren sechs auf, — welche für die Schwere der syphilitischen Erkrankung entscheidend sind.

Unter diesen Factoren nimmt der Alkoholismus den ersten Platz ein. Bei Alkoholikern zeigen die syphilitischen Geschwüre eine ausgesprochene Neigung zum Phagedänismus; die Manifestationen der Syphilis auf der Haut sind sehr ausgesprochen und zwar derart, dass entweder die gewöhnlichen Syphilide mit besonderer Intensität auftreten oder vorzeitig schwere Formen sich einstellen oder schliesslich in seltenen Fällen ganz neue Typen, welche Aehnlichkeit mit schweren Formen nichtsyphilitischer Dermatosen haben, sich unter dem Einflusse des Alkohols entwickeln. Diese Syphiliden charakterisiren sich durch die beträchtliche Ausdehnung der einzelnen Plaques, gehören fast immer dem squamösen Typus an — führen manchmal zur allgemeinen Abschuppung der Haut — und folgen Schlag auf Schlag aufeinander in einer fast unterbrochenen Reihe von Recidiven. Die unter dem Einflusse des Alkohols stehende Syphilis führt leicht zur Cachexie; der Alkoholismus ist eine der vorzüglichsten prädisponirenden Ursachen der Hirnsyphilis — frühzeitiger Hirnaffectionen — ja schon im ersten Jahre auftretender.

Besonders schwer tritt die Syphilis — dies ist der zweite Punkt — in den ersten Lebensjahren und im Greisenalter auf, während das Jünglings- und Mannesalter den Kampf mit der Syphilis leichter bestehen.





Im Kindesalter ist die Mortalität bei Syphilis enorm. Auf 458 Schwangerschaften syphilitischer oder durch syphilitische Väter geschwängerter Mütter kommen 105 lebende Kinder, während 353 vor der Geburt oder bald nach derselben sterben. Auch die Impfsyphilis gibt bei Kindern hohe Sterblichkeit.

Auch die im Greisenalter erworbene Syphilis verläuft bösartig. Die Geschwüre werden gerne phagedänisch, frühzeitig treten Eruptionen von gummösem Charakter auf, Augenleiden und Gehirnaffectionen, auch leidet der gesammte Organismus in beträchtlichem Masse, indem alle möglichen Störungen sich mit der Syphilis combiniren.

Evident ist der Einfluss, den die Scrophulo-Tuberculose auf die Syphilis ausübt. F. verweist uns hier auf die jüngst erschienene These von Ramonat.

Unter dem Einflusse der Tuberculose entwickeln sich mit Vorliebe die feuchten Formen der Syphilide. Hier sehen wir häufig Ecthyma, Impetigo, Rupia syphilitica auftreten. Zahlreiche Adenopathien bleiben nicht aus, Keratitis, Gelenkentzündungen, Larynxaffectionen, Ozaena — alles dieses findet sich vorzugsweise bei dieser Classe von Kranken.

Aber auch umgekehrt kann die Syphilis dazu beitragen, einen schon vorhandenen scrophulösen Zustand zu verschlimmern. Für F. ist es feststehende Thatsache, dass die Syphilis — sowohl die secundäre, wie die erworbene — im Kindesalter eine Ursache des Lupus ist. Die Syphilis erzeugt nicht direct die Scrophulose, aber sie spielt die Rolle eines Adjuvans bei der Aetiologie derselben, ebenso wie Armuth, Entbehrungen u. s. w.

F. hat sich ferner überzeugt, dass die Malaria einen Einfluss auf die Malignität der Syphilis besitzt, durch die Herabsetzung des Ernährungszustandes, die Anämie, die Cachexie, welche das Sumpffieber hervorruft. Wird ein Malariakranker syphilitisch, so treten von Anfang an schwere Formen auf. F. hat beobachtet, dass eine bis dahin milder verlaufende Syphilis nach Infection mit Malaria einen äusserst bösartigen Charakter annahm, ja bei schon längere Zeit symptomfreien Fällen treten unter dem Einflusse der Malaria plötzlich Recidiven der schlimmsten Art auf.

Nicht nur arme, in elenden Verhältnissen lebende Leute sind zu schwerer Syphilis geneigt, sondern auch reiche Lebemänner, die sich im Zustande der nervösen Zerrüttung und Erschöpfung befinden.

Solche Leute bekommen vorzeitig maligne Formen, Hirnsyphilis, Tabes. Börsenleute und passionirte Spieler stellen ein reiches Contingent zu den schweren syphilitischen Nervenerkrankungen.

Auch eine hereditäre oder erworbene Prädisposition kommt bei der Schwere der Syphilis in Betracht und ist die Ursache, dass die Syphilis dieses oder jenes Organ befällt. Da nun gewisse Neigungen z. B. zu Erkrankungen des Nervensystems hereditär sind und ein ähnliches sich auch für die anderen Systeme annehmen lässt, so muss man die Localisation der Syphilis gerade in diesen und nicht in jenen Organen auf die erwähnte Prädisposition zurückführen (Locus minoris resistentiae!). Die Schwere der Syphilis hängt aber wesentlich davon ab, welche Organe betheiligt sind.

Als letzter Punkt ist hervorzuheben, dass die Mehrzahl der schweren, tertiären Formen bei solchen Patienten sich offenbart, welche entweder gar keine oder doch nur eine durchaus unzureichende, nur über wenige Tage oder Monate sich erstreckende Behandlung durchgemacht haben.

Auch findet man viele schwere Fälle, welche deshalb einen so ungünstigen Verlauf genommen haben, weil die richtige Diagnose lange Zeit nicht gestellt wurde.

„Der Mangel oder die Unzulänglichkeit der specifischen Behandlung — so schliesst F. — ist eine sichere und unbestreitbare Ursache des schweren Verlaufes der Syphilis." Nega.

Die vorliegenden Vorträge von Léloir (2) sind eine Fortsetzung der im Progrès médical früher erschienenen.

L. betont, dass man nichts über den Allgemeinzustand des Organismus während des Bestehens des Primäraffectes weiss. Dann bespricht er die verschiedene Dauer der zweiten Incubationsperiode, welche im Mittel 45 Tage dauert (Fournier), und sich zwischen einem Minimum von 25 Tagen (Mauriac) und einem Maximum von 170 Tagen (Vidal) bewegt.

L. gibt zugleich einige Daten über Umstände, welche diese zweite Incubationsperiode verlängern, so der Phagedänismus des Primäraffects (Diday, Doyon, Neisser), ferner die Jahreszeit (der Winter), und intercurrente Krankheiten (besonders Malaria).

Allgemeine, den Organismus schwächende Einflüsse (Alkoholismus und besonders Malaria) disponiren nach L. zu schwerem Verlaufe.



**Aus dem Aussehen des Primäraffectes kann man prognostische Schlüsse über den Luesverlauf nicht ziehen, was L. durch verschiedene Fälle illustrirt.**

**Mauriac** (3) erwähnt einen Fall, in welchem ein Patient neuneinhalb Jahre nach Auftreten des Primäraffects und nach consequenter und erfolgreicher specifischer Behandlung seine Frau inficirte, obwohl auch nicht die geringsten infectiösen Manifestationen bei dem Manne bestanden. Eine Reinfectio syphilitica des Patienten — an deren Möglichkeit **Mauriac** überhaupt sehr zweifelt — war sicher auszuschliessen.

Dann beschreibt M. einen zweiten Fall, in dem ein Patient viereinhalb Jahre nach Auftreten der Initialsclerose, dessen — sehr mild verlaufende — Lues während dreier Jahre behandelt war, ebenfalls seine Frau inficirte, obwohl er schon seit achtzehn Monaten frei von allen Erscheinungen war.

In beiden Fällen war nach M. eine andere Quelle der Infection der Frau mit Sicherheit auszuschliessen.

In vielen Fällen hat M. Uebertragung der Lues des Mannes auf die Frau vor Ende des zweiten und im Anfang des dritten Jahres der Allgemeinerkrankung gesehen.

Umgekehrt sah er Fälle, wo vor Ablauf des ersten Jahres der Lues des Mannes, Uebertragung auf die Frau nicht stattfand.

M. weist die Meinung zurück, dass, wenn während der secundären Periode Erscheinungen mit der anatomischen Structur der tertiären auftreten, diese nicht infectiös seien.

M. betont, dass die histologische Untersuchung eine Classification der Syphilisprodukte nicht ermöglicht.

Er unterscheidet vier Endstadien der Syphilisprodukte:

1. Resolution;
2. Ulceration oder Gangrän;
3. Sclerosirung;
4. nekrobiotische Ausstossung der Neubildung.

Es gibt nach M. im Allgemeinen eine Beziehung zwischen localen Läsionen und chronologischer Folge der Erscheinungen.

Am besten erscheint M. die Gruppirung der Syphilisprodukte nach dem Grade ihrer Virulenz, doch fehlen dazu ausgedehnte experimentelle Beobachtungen. Die Lues hat — wenn sie von der Norm abweicht — eine viel grössere Tendenz zu raschem Fortschreiten, als zu schleppendem Verlaufe. Weit häufiger, als man früher annahm, treten nach M. schon in der sogenannten secundären Periode




tiefgreifende Veränderungen an inneren Organen, in den Nervencentren auf. Gaertner.

Wenn es sich um ein rhachitisches Kind handelt, bei dessen Eltern keine Zeichen von Syphilis gefunden werden, so bleibt den Anhängern Parrot's doch stets ein leiser Zweifel, ob diese Thatsache richtig, ob nicht vielmehr die Rhachitis doch auf Grundlage hereditärer Syphilis aufgebaut sei. Gaillard (4) theilt nun einen typischen Fall einer auch von mehreren Collegen constatirten Rhachitis bei einem Kinde mit, dessen Eltern zur Zeit der Zeugung gewiss nicht syphilitisch gewesen sein konnten, da der Vater zwei Jahre nach der Geburt des Kindes recente Syphilis acquirirte und diese auch auf seine Frau, die Mutter des Kindes, übertrug.

Hartmann und Pignot (5) besprechen zunächst jene Hämorrhagien, die im Gefolge congenitaler Syphilis auftreten und mit specifischen Gefässveränderungen zusammenhängen, hierauf die Hämorrhagien bei acquirirter Syphilis, wie sie zunächst an der Oberfläche von Wunden, sei es traumatischen oder durch Syphilis bedingten, dann in Eingeweiden und schliesslich auf der Haut und Schleimhaut vorkommen können und gelangen zum Schlusse:

A. Bei der congenitalen Syphilis beobachtete man eine wahre hämorrhagische Diathese.

B. Bei der acquirirten Syphilis:

1. Sei es nicht erwiesen, dass die Diathese zur Entstehung von Blutungen auf der Oberfläche einfacher Wunden Veranlassung gäbe;

2. auch wenn Operationen innerhalb syphilitisch kranker Theile ausgeführt werden, gehören Blutungen zur Ausnahme.

3. Syphilitische Ulcerationen bluten nur wenig, ausgenommen dann, wenn sie Gefässe arrodiren;

4. In Folge der Gefässerkrankung, die sie bedingt, kann die Syphilis die Ursache visceraler Blutungen werden. Hierher gehören vor Allem die Gehirnblutungen, dann die paroxysmale Hämoglobinurie;

5. Die Syphilis bedingt Hauthämorrhagien:

a) an syphilitischen Hauteruptionen, b) durch Bildung einer eigenen Art von Purpura, c) durch Complication mit wahrer Purpura, die im Verlaufe secundärer Syphilis eintritt.

Brie (6) gibt eine sehr sorgfältige Zusammenstellung der Literatur über die Syphilis-Paralyse-Frage seit 1857 im Auszuge,



sowie die Ansichten der hervorragenderen Verfasser von psychiatrischen Handbüchern, soweit sie sich über diese Frage äussern. Aus dieser Uebersicht geht hervor, dass der grösste Theil der Autoren auf die Syphilis als ätiologisches Moment der progressiven Paralyse ein mehr oder weniger grosses Gewicht legt. Vorderhand kann nur die Statistik zur Beantwortung der Frage herangezogen werden, während die pathologische Anatomie und der klinische Verlauf keine Beweismittel für einen Zusammenhang von Lues und Paralyse an die Hand geben, allerdings einem solchen auch nicht widerstreiten. Der Percentsatz, in dem bei Paralyse in der Anamnese Lues angegeben wird, ist natürlich ein sehr verschiedener, je nachdem in den einzelnen Irrenabtheilungen bei dem, schon seit Jahren angesammelten Material, auf diesen Punkt mehr oder weniger Rücksicht genommen worden war. Während Steudel bei 118 Fällen 76 Percent, Lange 51 Percent und Wille 40—50 Percent Syphilitische constatirte, fand Obersteiner nur 21·6 Percent Lues. Brie stellte auf der Breslauer Irrenstation 198 Fälle reiner Dementia paralytica zusammen, von denen er 50 Fälle ausschied wegen mangelhafter Anamnese. Unter dem Rest von 148 Paralytikern befanden sich 21 sicher, 25 mit „grösster Wahrscheinlichkeit“ mit Syphilis behaftet, also 15 Percent resp. 33 Percent. Die Zeit von der Infection bis zum Beginn der Paralyse betrug meist acht bis fünfzehn Jahre, nie unter fünf und nie über zwanzig Jahre. In zwei Fällen sah Brie nach einer antiluetischen Behandlung einen Stillstand der Krankheit, lässt es aber dahingestellt, ob die Besserung eine dauernde war oder ob es sich nur um die, gelegentlich bei Paralyse vorkommende Remission handelt. Er empfiehlt jedenfalls einen syphilitischen Paralytiker im Beginn der geistigen Erkrankung antisyphilitisch zu behandeln. R. K.

Unter Mittheilung mehrfacher klinischer Beobachtungen kommt Andronico (7) zu dem Schlusse, dass die Syphilis den Verlauf von Traumen in verschiedener Weise zu beeinflussen im Stande ist. Syphilitische Processe können sich an der Stelle von Traumen localisiren, und Traumen bleiben lange stationär unter dem Einflusse der Diathese. In anderen Fällen wieder finden sich specifische Eruptionen in der näheren oder weiteren Umgebung von Traumatismen. Die syphilitischen Erscheinungen recidiviren oft an solchen Stellen, die einmal von einem Trauma betroffen wurden; auch bei Personen, welche



erst nach dem Trauma luetisch inficirt werden, können die syphilitischen Erscheinungen ihren Ausgangspunkt von der verletzten Stelle aus nehmen.

Bossi (8) hat in vorliegender Arbeit mit Berücksichtigung einer grösseren Anzahl (70) beobachteter Fälle die Frage nach dem Einfluss der Syphilis auf Schwangerschaft und ihren Verlauf eingehend studirt; es sei uns erlaubt in Kürze die wichtigsten aus dieser Arbeit gewonnenen Schlüsse hervorzuheben:

Bossi hält es für ungemein wichtig der Syphilis bei Schwangeren besondere Aufmerksamkeit zuzuwenden, denn es sei durch ein geeignetes Verfahren in vielen Fällen möglich, gesunde Früchte zu erzielen, andererseits beeinflussen sich Syphilis und Gravidität gegenseitig in ungünstiger Weise. Der Tod des Fötus fällt häufig mit dem Beginn der constitutionellen Syphilis bei der Mutter zusammen und es kann dafür theils die Verminderung des Hämoglobins im mütterlichen Blute, theils die directe Aufnahme des Syphilis-Virus in dasselbe beschuldigt werden. Die Geburt selbst ist bei syphilitischen Primiparen im Durchschnitt eine leichtere als unter normalen Verhältnissen, ein Umstand, der in der geringeren Entwickelung selbst ausgetragener lebender Früchte seine Erklärung findet. Die Gefahren einer syphilitischen Infection während der Gravidität sind am geringsten, wenn die Infection in den letzten fünfzig Tagen der Schwangerschaft stattfand. Hier ist es die Hauptaufgabe, die localen Erscheinungen zu beseitigen (Ung. hydr. cin. und Calomeleinstreuung). Ernster sind die Fälle von Infection vor der Conception, wegen einer möglichen syphilitischen Infection des Eies. Noch schlimmer ist die Prognose, wenn die Infection in den ersten fünf Monaten der Gravidität, und am schlimmsten, wenn dieselbe im sechsten, siebenten und in der ersten Hälfte des achten Monates stattfand. In den letztgenannten Fällen nützt die allgemeine specifische Behandlung fast niemals, doch ist es immerhin möglich, durch eine energische Allgemeinbehandlung im ersten Stadium der Syphilis, die Allgemeininfection soweit hinauszuschieben, dass der Fötus gesund bleibt. Es ist aber das Resultat natürlich ein sehr unsicheres und von Verhältnissen abhängig, die zu beherrschen ausser unserer Macht steht. Eventuell wird natürlich die Einleitung der künstlichen Frühgeburt vor Eintritt der Allgemeininfection in Frage kommen. Mit Rücksicht auf die Behandlung ist

das Hauptaugenmerk auf eine nach wissenschaftlichen Kriterien durchgeführte allgemeine Mercurialcur zu richten, welche bei entsprechenden Cautelen auch während der Schwangerschaft durchführbar ist. Im Allgemeinen soll die Behandlung erst nach dem Erscheinen der secundären Symptome begonnen werden (ausgenommen in dem oben erwähnten Falle). Die Behandlung muss bis zum völligen Schwunde aller Symptome fortgesetzt werden; eine unvollständige Cur bringt mehr Schaden als Nutzen. Im ersten Stadium der Syphilis und besonders wenn die Infection erst in den letzten fünfzig Tagen vor dem normalen Schwangerschaftsende stattgefunden hat, ist eine energische Localbehandlung besonders wichtig, um eine directe Infection des Fötus während der Geburt zu verhindern. Die Allgemeincur muss mit kleinen Dosen beginnen, Mercurialismus nach Möglichkeit verhindert werden, die Kranken müssen in wohlgelüfteten, trockenen Kammern wohnen und sind stets ferruginosa und eine reconstituirende Diät zu verordnen. Kopp.

Otis (9) ist der Ansicht, dass das contagiöse Stadium der Syphilis drei und allerhöchstens vier Jahre, mit oder ohne Behandlung, dauert und dass daher nach Ablauf dieser Zeit den Syphilitischen die Ehe zu gestatten sei. Die Fälle, bei denen angeblich noch später Infectionen vorgekommen seien, beruhen seiner Meinung nach auf irrthümlicher Beobachtung, indem häufiger als im Allgemeinen angenommen wird, indirecte Uebertragungen vorkämen. Andererseits betrachtet er die Aborte und die Geburten kranker Kinder lange nach dem Ablauf des contagiösen Stadiums der Syphilis nicht mehr als directe, sondern nur als indirecte Folgen der Krankheit. Die Uebertragung durch den Samen hält O. für unmöglich, die Uebertragung der Syphilis auf den Fötus kann nach ihm nur durch das Blut der erkrankten Mutter erfolgen.

Knoche (10) beobachtete bei einer 44jährigen Frau ein fast ausschliesslich auf die eine Körperhälfte beschränktes ulceröses Syphilid; Pat. litt gleichzeitig an sich häufig wiederholenden Muskelkrämpfen des Unterschenkels und Vorderarms der erkrankten Seite. Lesser.

Nivet (11) berichtet über Lippengummata, harte Schanker der Lippe simulirend.

Patient, der 1878 inficirt wurde, bemerkte vor zwei Monaten am freien Rande der Unterlippe einen kleinen Knoten, der nach einiger Zeit zu

ulceriren begann. An der linken Lippencommissur entwickelten sich bald darauf zwei weitere Knoten, welche auch zerfielen und bald miteinander confluirten. Bei der Untersuchung fanden sich an den genannten Stellen scharf umschriebene, runde, flache Ulcerationen mit theils rothem, theils speckigem Grunde und deutlich derber Basis. Nur das Fehlen der Drüsenschwellung, Anamnese und der rasche Erfolg einer Jodtherapie machten die Differentialdiagnose gegenüber der Sklerose möglich.

Haslund (12) bespricht zunächst die Literatur, hierauf den klinischen Theil des Leucoderma syphiliticum, betont, dass es sich nicht nur um einen Pigmentmangel der erkrankten, sondern auch um Pigmenthypertrophie der benachbarten Theile handle, der Pigmentmangel aber das charakteristisch krankhafte, ja nicht selten das einzige Symptom darstelle. In Uebereinstimmung mit Neisser sieht er die hellen Flecke als die Recidiven einer syphilitischen Efflorescenz an, im Gegensatz zu ihm aber ist er der Ansicht, dass sie die Folge maculöser, nicht papulöser Efflorescenzen sind. Dort, wo Papeln der Ausgang des Leucoderma waren, sehe man im Centrum des weissen Fleckes, eine leicht deprimirte, bräunliche Narbe. Die mikroskopischen Untersuchungen Riehl's betrachtet Verf. nicht als genügend zur Aufhellung des Processes, wie er auch im Gegensatze zu Riehl, der die Möglichkeit eines Leucoderma non syphiliticum annimmt, hervorhebt, die genannte Form mit ihren charakteristischen Symptomen sei stets das Zeichen eines abgelaufenen syphilitischen Exanthems, also ein wichtiges Symptom latenter Lues, wobei nur dessen relative Seltenheit zu bedauern sei. Finger.

Tortora (13) spricht über einen Fall von Pigmentalteration der Haut ohne vorangehende andere Veränderungen der Cutis. Die braune, netzförmig angeordnete Zeichnung der Haut wird durch Hyperpigmentation mit unregelmässiger Vertheilung des Pigments bedingt. Diese Form von Pigmentveränderung bei Syphilis wurde von Kaposi als Chloasma cachecticorum gedeutet und ein directer Zusammenhang mit bestehender Syphilis in Abrede gestellt, eine Ansicht, welche der Autor aus dem Grunde bekämpft, weil in den beobachteten Fällen nahezu immer die allgemeine Ernährung nicht gestört war und weil man andererseits keine Cachexie kennt, bei welcher das Chloasma in ähnlicher netzartiger Vertheilung erscheint. Dass die specifische Behandlung gegen die Hyperpigmentation nichts zu leisten im



Stande ist, sei erklärlich, da es sich nicht um entzündliche und neoplastische Veränderungen handle, deren Resorption durch specifische Behandlung beeinflusst werden könne, sondern um eine Deposition einer grösseren Menge von Pigment in den Zellen des Rete Malpighii; deshalb könne die Behandlung wohl die fernere Disposition zur Pigmentablagerung vermindern, auf das bereits deponirte Pigment habe dieselbe keinen Einfluss. Die Pathogenese sei dunkel; bei Weibern findet man die Affection häufiger; die Entstehung fällt meist in das irritative Stadium der Syphilis, wenn gleich man wegen des langen Bestandes auch bei tertiär Luetischen die Erscheinung noch antreffen könne. Differentialdiagnostisch kommt höchstens Pityriasis versicolor in Betracht; bei der letzteren sind die Ränder etwas erhaben, die Ausdehnung ist eine grössere, die Farbe mehr ins grünliche spielend, die zwischenliegende gesunde Haut zeigt eine unregelmässige Begrenzung, die Oberfläche ist mit Schüppchen bedeckt; in zweifelhaften Fällen entscheidet die mikroskopische Untersuchung. Der vom Autor mitgetheilte Fall zeichnet sich durch die abnorme Ausdehnung der netzförmigen Hyperpigmentation aus, indem nicht nur der Hals, sondern ein grosser Theil des Stammes und die oberen Extremitäten davon befallen waren. Nach Ablauf eines Jahres bestand bei gemischter Behandlung die Affection nur mehr in abgeschwächtem Masse an Hals und Nacken. Nach der gegebenen Beschreibung dürfte es sich um einen besonders ausgeprägten Fall von sogenanntem Leukoderma syphiliticum gehandelt haben. Kopp.

Die secundäre Ostitis ist nach Lancereaux (14) eine oberflächliche, meist multiple und disseminirte Affection. Aehnlich allen Affectionen des secundären Stadiums verschwindet sie, ohne sichtbare Spuren zurückzulassen. Sie entwickelt sich meist gleichzeitig mit dem Ausbruch der Secundärerscheinung auf der Haut und den Schleimhäuten, sitzt meist an oberflächlich gelegenen Knochen, so dem Schädel, den Schlüsselbeinen, Brustbein, Schienbein. Meist tritt sie an mehreren Stellen desselben Knochens oder an mehreren Knochen gleichzeitig auf. Das Periost wird geröthet, von kleinzelligem Infiltrat durchsetzt. Die Affection entwickelt sich in Schüben und stellt leichte teigige, verschieden ausgedehnte Auflagerungen dar. Diese Anschwellungen, dem Tastsinn oft gar nicht kenntlich, sind doch der Sitz continuirlicher heftiger Schmerzen, die Abends exacerbiren. Neural-

gische Schmerzen entstehen durch Ausbreitung der Infiltration auf grössere Nervenbündel. Ebenso können Gehörstörungen durch secundäre Knochenerkrankung bedingt werden. Die secundäre Osteo-periostitis kann auf dem Wege successiver Nachschübe sich auf fünf bis sechs Wochen ausdehnen, auch von multiplen subacuten Arthritiden begleitet sein. Die tertiäre Ostitis ist entweder eine osteoplastische oder rarefícirende, gummöse. Die erstere charakterisirt sich durch Bildung eines gelatinösen Exsudates zwischen Periost und Knochen, das vascularisirt wird und durch Kalksalzaufnahme sich in Knochen, in Exostosen umwandelt. Wird dieses ossificirende Infiltrat in die Haver'schen Canäle selbst deponirt, dann kommt es zu Ausfüllung dieser mit Knochensubstanz und so zur Eburneation der Knochen, die wenn sie zu Obliteration der Kanälchen führt, auch Nekrose des Knochens bedingen kann. Die gummöse Ostitis endlich charakterisirt sich durch die Production circumscripter Knoten, die bei peripherem Wachsthum im Centrum erweichen. Sie sitzt oberflächlich oder central. Oft bilden sich multiple centrale Erweichungsherde, besonders in der Diploe der Schädelknochen, die durch Berührung ihrer Ränder confluiren und zu Nekrose des von ihnen eingeschlossenen Knochens führen. Periostitis und Pachymeningitis entstehen durch Uebergreifen des Processes nach aussen und innen. Die subjectiven Symptome sind tief im Knochen sitzende heftige Schmerzen mit nächtlichem Charakter. Finger.

In der Zusammenkunft der New-York Clinical Society vom 27. Nov. 1875 stellte Robinson (15) einen Fall von Caries der Nase bei einem syphilitischen Individuum vor. Es knüpfte sich hieran eine Discussion über die Behandlung dieses Leidens mittelst der Zahnmaschine (dental engine) und über die Dosirung des Jodkaliums.

Robinson hielt mässige Dosen von Jodkalium für die beste Behandlung, während die dental engine nach seiner Meinung mehr schadet als nützt. Delavan glaubt, dass die dental engine auch in geschickten Händen mehr zerstören kann, als beabsichtigt, von Jodkalium hat er — selbst ohne locale Behandlung — die besten Erfolge gesehen. Wright warnt vor grossen Dosen von Jodkalium. In den letzten Jahren sah Wright drei Fälle, wo grosse Dosen von Jodkalium schwere Verdauungstörungen und Purpura (und zwar die hämorrhagische und ulceröse Form mit Uebergang in Gangrän an manchen Stellen) zur Folge hatte. (cf. den Fall von Purpura nach Jod-

gebrauch in Journ. of. cut. und ven. dis. März 1886 und den letal endenden Fall von Jodintoxication von Marow. Journ. of cut. und ven. dis. April 1886. Ref.) Bei Magenbeschwerden räth Wright das Jodkalium in Hopfeninfus oder in kaltem Kaffee zu geben. Jareway berichtet über einen Fall, in welchem der Jodgebrauch, gleichviel welche Jodverbindung angewandt wurde, stets einen Herpes präputialis hervorrief. Nega.

Fuchs (16) demonstrirte am 11. Juni 1886 in der Gesellschaft der Aerzte in Wien an einem Kranken, der vor einigen Monaten die recenten Symptome constitutioneller Lues darbot, eine erbsengrosse Geschwulst, die zwischen Iris und Pupillarrand sich ausbreitete und vom Ciliarkörper ausging. Das Auge hat überdies starke Ciliarinjection und Präcipitate auf der hinteren Cornealwand dargeboten. Glaskörper getrübt, Linse intact. F. hält die Geschwulst für eine Papel entsprechend der Frühperiode der Krankheit. Horovitz.

Moore (17) berichtet über einen Fall von beiderseitiger Amaurosis bei einem Seemann, welcher vor zwei Jahren Syphilis acquirirte, welche von wohl ausgesprochenen secundären Erscheinungen gefolgt war. Sechs Monate ehe er sich in M.'s Behandlung begab, bemerkte er Abnahme des Sehvermögens zunächst am rechten Auge und litt seither constant an den heftigsten Kopfschmerzen in der Frontalgegend.

Im Mai 1883 zeigte er eine charakteristische Neuro-Retinitis an beiden Augen (Schwellung und Prominenz der Pupille, Turgescenz der Retinalgefässe, Blutextravasate längs der Gefässe) die Pupillen waren beiderseits dilatirt, das Sehvermögen auf die Perception von hell und dunkel beschränkt. Patient erhält Jodkali, anfangs 1·0, später 6·0 dreimal täglich.

Nach zweimonatlicher Behandlung hatte das Oedem der Pupillen nachgelassen, der Nerv. opt. war beiderseits atrophirt und das Sehvermögen völlig erloschen.

Ausser einer Langsamkeit der Sprache zeigte Patient keine motorischen Störungen. Der Patient litt weiter an heftigen Kopfschmerzen, verfiel plötzlich in Coma und starb nach drei Stunden. (Juli.)

Die Section wurde auf das Gehirn beschränkt. Aus dem sehr ausführlichen Sectionsbefund ist hervorzuheben, dass sich an der rechten Seite der Schädelbasis eine Schwellung fand, welche vom rechten Temporo-Parietallappen ausgehend, vis-à-vis der Varolsbrücke gelegen, den rechten Tract. opticus drückte und das Chiasma nach links gedrängt hatte. Der Hauptschnitt durch die rechte Hemisphäre zeigte, dass das Corpus striatum enorm geschwollen und erweicht war. Die mikroskopische Untersuchung ergab eine bindegewebige Neubildung mit reichlicher Einlagerung von den weissen



Blutkörperchen ähnlichen Zellen. Ausserdem waren viele kleine Zellen Sitz der Endarteriitis, insbesondere auch eine Arterie, welche zu dem Corpus striatum der rechten Seite führte.

Nach Gräfe (1858) beruht fast die Hälfte der Fälle von Parese der Augenmuskeln auf Syphilis. Am häufigsten ist der III., weniger häufig der VI. und relativ am seltensten der IV. Gehirnnerv befallen.

Emerson (18) hat diesen Gegenstand besonders studirt und gibt uns folgende Statistik:

Von 36 Fällen von Parese des III. Nerven war Syphilis nachweisbar in 10 Fällen, in 18 Fällen lag eine andere Ursache vor, in 8 Fällen konnte die Ursache nicht eruirt werden. Dies gibt einen Percentsatz von 27·7 mit syphilitischer Geschichte, rechnet man die Fälle mit unbekannter Ursache hinzu, so haben wir 18 Fälle, also 50 Percent.

Von 23 Fällen von Parese des VI. Nerven war Syphilis nachweisbar in 8 Fällen, eine andere Ursache in 7 Fällen, keine Ursache in 8 Fällen. Dies gibt für Syphilis einen Percentsatz von 34·3, bei Hinzurechnung der ätiologisch nicht aufgeklärten Fälle 69 Percent.

Von 3 Fällen von Parese des IV. Nerven war Syphilis in keinem Falle nachweisbar.

Auch 2 Fälle von Ophthalmoplegia externa ohne syphilitische Anamnese wurden notirt.

Auf Grund dieser Statistik kommt der Autor zu dem Resultat, dass die Syphilis nicht so oft das ätiologische Moment für die Augenmuskellähmungen ist, wie Gräfe und andere annehmen, nur wenn wir alle Fälle, in denen eine Ursache nicht nachweisbar ist, hinzurechnen, bekommen wir den Gräfe'schen Percentsatz.

Interessant ist auch, dass, während die Frauen 53 Percent aller Augenkranken ausmachen, welche von dem Autor behandelt wurden, auf 64 Fälle von Augenmuskellähmungen 44 Männer und nur 20 Frauen kommen, also mehr als zwei Mal so viel Männer, wie Frauen.

Lyttle (19) opponirt zunächst gegen die Ansicht Fox's, dass man die Syphilis als eine viel schwerere Krankheit betrachte, wie sie wirklich sei, und dass man auch bei Weglassung der specifischen Behandlung den Patienten keiner Gefahr aussetze.

L. beruft sich auf die Erfahrung von Wilks, Dowse und Fournier, wonach die Intensität der tertiären Symptome der Intensität der primären und secundären Erscheinungen umgekehrt proportionirt ist. Die späteren Erscheinungen der Syphilis entziehen sich



zumeist der Beobachtung des Specialisten, der allgemeine Praktiker ist eher in der Lage, die Frage nach der Heilbarkeit der Lues zu entscheiden. L. weist auch darauf hin, dass man vor 100 Jahren ebenso wie jetzt, unter dem Eindrucke stand, dass die Syphilis sich abschwäche (siehe Astruc). Wenn wir die mannigfaltigen syphilitischen Erkrankungen betrachten, welche den früheren Autoren unbekannt waren, jetzt aber bekannt sind, so könnte man glauben, die Syphilis nimmt an Intensität zu.

Hirnsyphilis wurde früher für eine Spätform gehalten, neuerdings sind Fälle beobachtet worden, wo sich kurze Zeit nach dem Primäraffect syphilitische Hirnaffectionen einstellten. (Chvostek, Engelsted.)

Der Autor beschreibt nun die verschiedenen Arten der Hirnsyphilis, den pathologisch-anatomischen Befund, die Symptomatologie, die Differentialdiagnose zwischen syphilitischer Arteriitis und Atheroma syph. u. s. w.

Zum Schlusse gibt der Autor die Geschichte und den Sectionsbefund eines charakteristischen Falles von Hirnsyphilis, bei welchem multiple Verdickungen des Pericranium rechts am Os parietale und Os frontate und ein fast den ganzen linken Hinterlappen einnehmender Erweichungsherd mit Schwund der knöchernen Schädeldecke vorhanden waren. Die Erscheinungen intra vitam bestanden in heftigen an der rechten Seite der Stirn localisirten, Nachts exacerbirenden Kopfschmerzen und epileptoiden Anfällen, welche von Coma gefolgt wurden. Hierzu trat später beiderseitige Amaurose. Schliesslich trat vollständige Hemiplegie, Coma und letaler Ausgang ein. Der Patient erhielt grosse Dosen Jodkalium, anfangs mit vorübergehendem Erfolg. L. räth bei Hirnsyphilis mit 2·0 Kal. jod. zu beginnen und schnell zu steigen, bis die physiologische Wirkung eintritt oder Besserung in den Symptomen erfolgt.

Porter (20) gibt uns die Krankengeschichte, das Sectionsprotocoll und die Resultate der mikroskopischen Untersuchung von vier Fällen von Syphilis des Gehirns und Rückenmarks.

Der erste Fall war ein Fall von syphilitischer Meningitis mit diffusen Veränderungen in dem Rückenmark, besonders in den Gefässwänden (hyaline Degeneration).

Der zweite Fall betrifft einen Patienten mit einem Gumma im Cerebellum und in der Medulla.



Der dritte Fall ist ein Fall von Gummata des Corpus striatum.

Im vierten Falle war ein Gumma im Corpus callosum vorhanden.

Nega.

**Ménétrier** (21) berichtet über folgenden an **Fournier's** Klinik beobachteten Fall von Mal perforant der Handteller bei einem an syphilitischer Tabes leidenden Individuum.

B. L., 26 Jahre alt, litt 1879 an Initialaffect. Secundärerscheinungen, Roseola, Psoriasis, Iritis. Sublimat und Jodkalium innerlich brachten Heilung. Bald darauf klagte er über blitzartige Schmerzen in den oberen Extremitäten, die sich auch in den unteren Extremitäten einstellten. Schwindel, Abnahme der Kräfte, der Potenz, Incontinentia urinae, Obstipation. Im Vorjahre traten kleine Risse an den Fingerspitzen beider Hände auf, die sich zu kleinen Wunden vergrösserten, aber spontan heilten. Bald darauf traten neue Risse in der Hohlhand auf die wieder spontan heilten. Sechs Wochen vor dem Eintritt in die Klinik constantes Ameisenlaufen in den Fingern, das in Unempfindlichkeit übergeht, gleichzeitig treten kleine weisse Blasen auf, die in Wunden sich umwandeln. Gegenwärtig finden sich an den Händen, besonders der Palmarfläche der Finger, runde, scharfumschriebene, tiefrothe, unebene Geschwüre, denen des Mal perforant auffallend ähnlich. Am Handrücken rechts eine erythematöse, schuppende Stelle. Die letzte Phalanx des linken Gold- und rechten Zeigefingers durch Verdickung des Knochen verbildet und geschwellt. Dabei die Finger beider Hände anästhetisch, Ameisenlaufen in Händen und Vorderarmen mit Gefühl des Eingeschlafensein. Patellarreflexe fehlen. Gang sicher, Sensibilität der Fusssohlen erhalten. Im weiteren Verlaufe entstehen neue Geschwüre, die sich alle aus Blasen mit blutig-serösem Inhalt entwickeln, die nach drei bis vier Tagen platzen und in die beschriebenen Geschwüre umwandeln.

Finger.

**Kirmisson** (22) beschreibt einen prägnanten Fall von luetischer Orchitis und Epididymitis mit Hydrocele. Bei dem 27 Jahre alten, vor vier Jahren mit Lues inficirten Patienten findet sich eine — dem Anschein nach feste — sehr harte, resistente durchsichtige Geschwulst des linken Hodens mit flüssigem Inhalt, die vor vier Monaten sich zu entwickeln begann. Hinter dem Tumor (die Flüssigkeit wurde entleert) findet sich ein harter, vergrösserter, mit verdickter Albuginea überzogener Hoden; die Epididymis ist ebenfalls unregelmässig vergrössert und hart. Samenstrang intact; Hoden nur wenig schmerzhaft.

Der rechte Hoden war ebenfalls sehr gross; auch hier hat Hydrocele bestanden; jetzt ist der Hoden sehr klein, hart, atrophisch. Der Kopf der Epididymis ist verhärtet.

An dem Patienten finden sich deutliche Zeichen florider Lues. Prognose ist nach K. quoad vitam günstig, aber quoad functionem testiculorum — infausta.





**Trélat** (23) berichtet über einen Patienten, der mit 19 Jahren Sclerosis am Präputium mit nachfolgenden Allgemeinerscheinungen hatte, welche durch Hg-Inunctionen schwanden.

Seit April 1885 hat Patient Schmerzen beim Stuhlgang und Blutungen aus dem After. Objectiv findet sich: ein indolenter, nicht reducirbarer (von Hämorrhoiden leicht zu differenzirender) Wulst. Der Sphincter ist fest, oberhalb desselben finden sich kleine Höcker. Eine directe Infection des Anus war auszuschliessen.

Hier bestand nicht die gewöhnliche Form des Rectal-Syphiloms, sondern eine von **Fournier** beschriebene Varietät, die oberflächliche gummöse Form, welche therapeutisch mehr beeinflusst wird, als die häufigere fibröse Form.

**Humbert** (24) erwähnt einen Fall von **Santi**, in welchem ein diffuser sich bis zur Peniswurzel erstreckender Tumor der Regio perinaea bestand, welcher auf specifische Behandlung verschwand. H. hält die Diagnose **Santi's** nicht für absolut sicher und betont zugleich die Seltenheit der Gummata des Perinaeums. **Bouilly** gibt ihr seltenes Vorkommen zu, doch hat er selbst vor kurzem einen Fall von circumscriptem Tumor des Perinaeums, der keine Urinbeschwerden machte, bei einem Patienten beobachtet, welcher kurz vorher eine auf Jodkalium rasch schwindende Geschwulst der Schläfengegend hatte. Der Tumor perinaei kam auf Jodkali ebenfalls sehr rasch zu völliger Resorption. **Gaertner.**

**Schnitzler** (25) bringt zu dem noch nicht geklärten Kapitel der Lungensyphilis, eine Reihe neuer Beobachtungen.

Im ersten Falle handelte es sich um eine 26jährige Patientin, die in Folge ihrer Cachexie, der Klage über Husten, Heiserkeit und Schlingbeschwerden, sowie des objectiven Befundes einer Spitzeninfiltration zunächst den Eindruck einer Phtisica machte.

Der Befund zweier kreisrunder, perforirender Geschwüre je an der Uvula und am rechten Arcus palatoglossus, der laryngoskopische Befund veranlassten Verf. die Diagnose Lues zu stellen, wenn auch Anamnese und sonstige Untersuchung keine weiteren Anhaltspunkte gaben. Die Möglichkeit einer Combination von Syphilis mit Tuberculose wurde im Auge behalten. Jodeisen brachte wesentliche Besserung des Allgemeinbefindens. Heilung der Ulcerationen im Kehlkopf. Nach einem Jahre neuerliche Ulceration im Kehlkopf, serpiginöses Geschwür an der Schulter, Periostitis am Ellenbogengelenk. Laryngoskopische Untersuchung ergibt membranöse Verwachsung der Stimmbänder an ihrem hinteren Winkel. Operative Behandlung dieser



Kathetrismus und 30 Inunctionen à 5·0 Ungt. ciner. brachten Heilung, selbst der im Verlaufe des Jahres vorgeschrittenen Lungeninfiltration.

Im zweiten Falle handelte es sich um einen Patienten, der 1874 inficirt, 1878 an Kopfschmerz und Schwindel. Husten und Heiserkeit litt. Gummata an der Zunge, Ulcerationen im Kehlkopf, Lungeninfiltration bildeten den objectiven Befund. Trotz grosser Cachexie und wahrscheinlicher Phthise eingeleitete Inunctionscur bringt Heilung.

Im dritten Falle endlich handelte es sich um einen Patienten, der 1873 inficirt, 1880 über Halsschmerz, Heiserkeit, Husten- und Athembeschwerden klagte, Ulcerationen im Kehlkopf, Lungeninfiltration darbot. Inunctionscur bringt Heilung dieser Zustände. Patient stirbt einige Zeit später an Hirnsyphilis. Finger.

Besançon (26) erwähnt einen Fall von Tracheal- und Bronchialstenose bei einem 62jährigen Manne, welcher 20 Jahre alt mit Lues — von sehr schwerem späteren Verlauf — inficirt wurde und im Spital an Pneumonie starb. Der Befund war folgender:

Zwei Centimeter oberhalb der Tracheabifurcation befand sich eine halbringförmige Verengerung an der hinteren Trachealwand. Das Kaliber der Trachea an dieser Stelle sehr reducirt. Dicht oberhalb der Verengerung findet sich ein Divertikel mit ringförmiger Oeffnung und oberhalb eine fibröse, sternförmige Narbe. Die untere Larynxapertur ist ebenfalls sehr verengt. Der Bronchus des linken oberen Lungenlappens ist retrahirt und an seiner Ursprungsstelle verengert. Die weiteren Bronchialverzweigungen sind nicht specifisch verändert. Sonst der ganze Respirationstractus normal.

Intra vitam war diese Tracheo-Bronchialstenose nicht diagnosticirt worden. Verfasser betont, dass die tertiären Ulcerationen der Trachea sich entwickeln und heilen können und doch genügendes Kaliber zur Respiration frei lassen.

Andronico (27) publicirt eine kurze Monographie der Hautsyphilide, welche nichts Neues und Originelles bringt, aber durch prägnante Darstellung und Berücksichtigung der praktischen Bedürfnisse sich auszeichnet. Als Eintheilung acceptirt A. die von Fournier vorgeschlagene: Frühformen, intermediäre Formen und Spätformen. Auch Diagnose und Therapie werden in Kürze besprochen. Kopp.

## Congenitale und hereditäre Syphilis.

1. **Fournier.** Ueber die cutanen Manifestationen der Syphilis hereditaria tarda. — Ann. de Derm. et de Syphil. VII, 4, 1886.
2. **Secheyron.** Syphilis tertiaire acquise observée chez des adolescants. — Ann. de Derm. et de Syphil. VII, 2, 1886.





3. **Ottolenghi.** La Cheratite interstiziale sifilitica, Gaz. delle Cliniche 1885. 25. (Ref. in Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1886, 3.)
4. **Andronico Carmelo.** Contribuzione allo studio della sifilide ereditaria infantile. Arch. di Patologia infantile. VI, 1885. — (Ref. in Giorn. ital. delle mal. vener. e della pelle. 1886, 2.)

Fournier (1) hat unter 212 Fällen von Syyhilis hereditaria tarda 56 Mal cutane Manifestationen gesehen. Dieselben entwickeln sich in jedem Alter von 4 bis 28 Jahren, am häufigsten aber zwischen dem zehnten bis neunzehnten Jahre. Sie treten in Form von der tertiären Periode angehörenden Knoten und Gummen auf, und können theilweise als trockene, schuppende, theils als ulceröse Form verlaufen. Seltener stellen sie vollkommene Kreisform dar, während sie viel häufiger in Halbkreis-, Sichel- und Hufeisenform auftreten, noch seltener sind Knoten um gesunde Hautpartien in Kreis- oder Kreissegmentform gruppirt. Selten ist ausgedehntere Verbreitung, meist dichtere Zusammendrängung auf einen Körpertheil, oder isolirtes Vorkommen. Vorwiegend finden sie sich im Gesicht und hier wieder an der Nase, demnächst an der Vorderfläche der Unterschenkel und sind meist schmerzlos. Die Entwicklung ist langsam, stets aber schneller, als die der ihnen sehr ähnlichen scrophulösen Affectionen, zu Zeiten greifen sie sogar sehr rapid um sich und können so im Gesicht zu bedeutender Entstellung führen. Die Differentialdiagnose gegenüber den scrophulösen Affectionen wird ausführlich erörtert, in Fällen wo diese unmöglich zu stellen ist, der Effect antisyphilitischer Behandlung als ausschlaggebend abzuwarten empfohlen.

Secheyron (2) führt die ausführliche Krankengeschichte zweier Fälle tertiärer inveterirter Syphilis bei einem 17jährigen Mädchen und einem 15jährigen Knaben an. Beide boten neben Haut- und Knochenulcerationen auch noch deutliche Zeichen von Entwickelungshemmung des Körpers sowohl, als einzelner Theile, so besonders Veränderungen der Zähne, wie sie jüngst Fournier als Zeichen hereditärer tardiver Lues beschrieb. Verf. trachtet nun aus der Krankengeschichte zu beweisen, es habe sich bei beiden Individuen um eine frühzeitig, wahrscheinlich von der Kindsfrau erworbene, acquirirte, nicht aber um eine hereditäre Syphilis gehandelt, kommt aber nicht über den Wahrscheinlichkeitsbeweis hinaus. Finger.

Eine Monographie von Ottolenghi (3), welche auch den Titel führen könnte: „Geschichte der hereditären Syphilis mit Berücksichtigung der interstitiellen Keratitis". Mittheilung von vier Fällen, in denen die syphilitische Aetiologie in der That evident erscheint. Pubertät und Gravidität erachtet der Autor als Gelegenheitsursachen; die durch diese Momente bedingte relative Insufficienz des Organismus begünstige das Hervortreten bisher latent gebliebener syphilitischer Erscheinungen. Scrophulose und Rhachitis werden als Ursachen der interstitiellen Keratitis zurückgewiesen.



Andronico (4) liefert eine Zusammenstellung der wichtigsten Punkte auf dem Gebiete der hereditären infantilen Syphilis mit besonderer Berücksichtigung der zur Zeit vorwiegend besprochenen Streitfragen. Wir entnehmen der wenig Neues bietenden Abhandlung (s. Pick, Syphilitische Mütter und deren Kinder. Wiener medicinische Presse 1864), dass der Verfasser das Verhältniss der Todtgeburten bei vom Vater her ererbten Syphilis auf 25 angibt, während bei Syphilis der Mutter 71 und mehr Todtgeburten vorkommen sollen. Auch bei bestehender Schwangerschaft soll gegebenen Falles eine energische Hg-Behandlung eingeleitet werden, da der gefürchtete Abortus stets der Syphilis-, niemals der Mercurialcur zugeschrieben werden müsse. Wird die Mutter post conceptionem luetisch inficirt, so wird das Kind, wenn anders die Infection erst nach dem siebenten Monate der Schwangerschaft stattgefunden hat, häufig der Ansteckung entgehen. Kopp.

## Therapie der Syphilis.

1. **Schwimmer.** Ueber den heutigen Stand der Syphilistherapie. — Pester med.-chir. Presse. 1885 u. 1886.
2. **Allen** Ch. W. Recent progress in the treatement of chancroid. — Journ. of cutan. and vener. dis. 1886, Nr. 2, p. 40.
3. **Andronico.** L' escisione del sifiloma qual mezzo abortivo della sifilide costituzionale. — Bull. delle scienze mediche di Bologna. S. VI, Vol. XVII.
4. **Watraszewski.** Zur Behandlung der Syphilis mittelst subcutaner Injectionen von Calomel und Quecksilberoxydverbindungen. — Gazeta lekarska 1886, Nr. 21.
5. **Szadek.** Die Behandlung der Syphilis mittelst tiefer Einspritzungen des Hydrarg. oxydat. flav. in die Gesässmuskeln (Polnisch). — Gazeta lekarska 1886, Nr. 21.
6. **Gilles de la Tourette.** Du traitement du psoriasis palmaire et plantaire par les bains locaux de sublimé. — Progrès medical. Nr. 30, 1886.
7. **Wolff** A. und **Nega** J. Untersuchungen über die zweckmässigste Methode zum Nachweis minimaler Mengen von Quecksilber im Harn. — (Mittheilungen aus der Strassburger Klinik für Syphilis und Hautkrankheiten II.) Deutsche medicinische Wochenschrift. 1886, Nr. 15 und 16.
8. **Wolff** A. und **Nega** J. Ueber die Resorption des Quecksilbers bei Verabreichung des Calomel in laxirender Dosis. — Deutsche medicinische Wochenschrift Nr. 49, 1885.
9. **Manuel Gomez del Castello.** Historia, composicion etc. de los Peptonatos amonicos mercuricos etc. — Revista de Ciencias médicas Anno XII, Nr. 4, p. 107.



10. **Mandelbaum** W. Cocain als schmerzstillendes Mittel bei der hypodermatischen Syphilisbehandlung. — Monatshefte f. prakt. Derm. 1886. Nr. 6, p. 241.
11. **Róna.** Jodol, das neue Antisepticum. — Pester med.-chir. Presse. 1886. Nr. 16.
12. **Gamberini** P. Il processo antirabido del Pasteur, applicato indutivamente e relativamente alla cura della sifilide. — Giorn. ital. delle mal. vener. e della pelle 1886, 3.
13. **Léloir.** Leçons sur la syphilis. XII-ième leçon. — Progrès medical Nr. 20, 1886.

Schwimmer (1) bespricht in allgemeinen Umrissen die wichtigsten Fragen der Syphilistherapie und kommt zu folgenden Resultaten: 1. dass die Syphilis eine heilbare Krankheit sei, jedoch einer langen, nicht nach Fournier's System geleiteten Behandlung bedürfe. 2. Dass die Excision frühzeitig geübt als Prophylacticum angesehen werden kann. 3. Dass die Hg-Cur frühzeitig begonnen werde, dass aber eine Jodkali-Behandlung anzuschliessen sei und dass entsprechend diesem Plane auch die Recidiven zu behandeln sind. Auf diese Phase folge dann der Aufenthalt in einem Jodbade und Kaltwassercur. Wenn nun 10—12 Monate die Behandlung so geführt wurde und man in den nächsten 10—12 Monaten keine Nachschübe wahrnehmen konnte, ist der Patient als geheilt anzusehen. Schwere, von Anbeginn an vernachlässigte Fälle sind anders zu behandeln als die gewöhnlichen; auch ist die Prognose keine so günstige. Horovitz.

Allen (2) gibt eine Uebersicht über die neueren Behandlungsmethoden des weichen Schankers, aus welcher nur einiges hier angeführt werden möge. Ausser den bekannteren Mitteln zur Desodorisirung des Jodoform wird schwefelsaures Chinin und Holzkohle (1 : 3 : 100 Jodoform, Gillette) Eriganumöl (Morrow), ätherisches Sassafrasöl (Krieger) angegeben.

A. empfiehlt ganz besonders, die Geschwüre mit Jodoform einzustreuen und dann mit Collodium elasticum zu bepinseln, Pyrogallussäure gebraucht er entweder rein und bedeckt die Stelle mit Traumaticin, oder in Collodium gelöst. Die Anwendung des Thermocauters empfiehlt A. nach vorheriger Anästhesirung mit Cocain. Lesser.

Vier von Andronico (3) mitgetheilten Fälle sind darum besonders interessant, weil die Excision (resp. in einem Falle Cauterisation) des Primäraffectes stets sehr frühzeitig vorgenommen wurde und weil die syphilitische Natur der primären Läsion durch Confrontation mit der Infectionsquelle ausserordentlich wahrscheinlich gemacht werden konnte. In allen vier Fällen kam es nicht zur Allgemeininfection. Der Autor zieht aus seinen Beobachtungen den Schluss,



dass das Abortivverfahren stets zu versuchen sei, wenn der Primäraffect an einer für völlige Entfernung geeigneten Stelle sitzt und erst zwei oder höchstens drei Tage besteht; ist der Primäraffect bereits älteren Datums oder sind Drüsenschwellungen vorhanden, so ist das Abortivverfahren nicht indicirt. Kopp.

Watraszewski (4) resumirt noch einmal die Resultate, welche er bei seinen Patienten mit subcutanen Calomelinjectionen gewonnen hat. Neben den bekannten Vortheilen derselben lassen sich jedoch auch gewisse Nachtheile nicht vermeiden. Dabei hat der Autor nicht die Abscessbildung im Auge, welche er in letzter Zeit bei seinen Patienten nur selten beobachtet hat.

W. hebt folgende Nachtheile hervor:

1. In einer Anzahl von Fällen treten einige Tage nach der Injection an der Eintrittsstelle empfindliche Schmerzen auf, welche zumeist mit einem tiefen schmerzhaften Infiltrat verbunden sind, das durch Druck auf den Nervus ischiadicus die Veranlassung zu neuralgischen ausstrahlenden Schmerzen gibt.

2. In vielen Fällen wird das Allgemeinbefinden empfindlich beeinträchtigt. Da diese Uebelstände durch die Natur der Injectionsflüssigkeiten selbst bedingt sind, so hat W. statt des Calomels andere Quecksilberverbindungen zu Injectionen benützt, welche zwar die gleichen Vortheile darbieten, aber von den unangenehmen Nebenwirkungen frei sind. Zu diesem Zwecke wandte er Hydrargyr. oxydul. nigr. und Hydrargyr. oxydatum rubr. an. (S. Referat, Seite 315, 2. Heft der Vierteljahresschrift 1886.)

In neuester Zeit hat er nun noch ein drittes Präparat in den Bereich seiner Untersuchungen gezogen, nämlich das Hydrargyr. oxyd. flav. Aus den bisherigen Beobachtungen, welche sich auf 62 Kranke beziehen und in Summa 183 Einspritzungen repräsentiren, hat er die Ueberzeugung gewonnen, dass diesem Präparat unter den zu Einspritzungen gebräuchlichen Mitteln der erste Platz gebührt.

Die von den Drr. Nencki und Rakowski zu verschiedenen Zeiten nach Einspritzung von 0·06 Hydrargyr. oxyd. flav. vorgenommenen Harnuntersuchungen ergaben sämmtlich ein positives Resultat. In den ersten vierundzwanzig Stunden finden sich kaum Spuren von Quecksilber im Harn, in den nächsten Tagen nimmt die Quecksilbermenge allmälig zu und es findet während der ganzen Dauer der Cur



eine reichliche Quecksilberausscheidung statt. Drei Wochen nach der letzten Einspritzung kann man das Quecksilber im Harn noch nachweisen. Aehnliche Resultate geben die Harnuntersuchungen nach Einspritzungen von Calomel und den anderen Quecksilberoxydverbindungen.

Auf Empfehlung von Dr. Watraszewski hat Szadek (5) die subcutanen Injectionen von Hydrargyr. oxyd. flav. in Emulsion in Anwendung gebracht und gibt denselben in Uebereinstimmung mit Watraszewski den Vorzug vor den sonstigen Injectionspräparaten. Sz. legt Gewicht darauf, dass die Injectionen unter die Fascie in die Musculatur gemacht werden, nicht in das Unterhautzellgewebe.

Die Zahl der Injectionen betrug fünfunddreissig bei zusammen sechs Kranken (i. e. je fünf, vier, sechs, zehn Einspritzungen).

Sz. resumirt sein Resultat, wie folgt:

1. Die Einspritzungen von Hydrarg. oxyd. flav. in Emulsion in die Mm. glutaei werden von den Kranken gut vertragen und rufen nur geringe oder gar keine locale Reaction hervor.

2. Das auf diese Weise dem Organismus einverleibte Quecksilber gelangt schnell in den Kreislauf und wird ebenso rasch wieder ausgeschieden.

Die von Dr. Borowski nach in der Klinik des Professor Stukowenkow gebräuchlichen Methode ausgeführten Harnanalysen ergaben dieselben Resultate, wie die von Dr. Watraszewski publicirten.

Gilles de la Tourette (6) empfiehlt auf Grund seiner an 65 Fällen angestellten Beobachtungen locale warme Sublimatbäder als geeignetes Mittel zur Behandlung der Psoriasis palm. et plant. syph. Gewöhnlich verordnet er Hydrarg. bichlorat. corrosiv., Ammon. chlorat. aa 1·0 auf 2 Liter Wasser. Bei Personen mit empfindlicher Haut wendet er noch schwächere Lösungen an.

Auf Anregung seitens des Dr. Brouardel hat er einen Lupus erythematosus des Knies bei einem 18jährigen Mädchen gleichfalls der localen Sublimatbehandlung unterworfen, Nach Verlauf von zwei ein halb Monaten war die Heilung vollständig. Nega.

A. Wolff und J. Nega (7) haben die zur Erhöhung der Empfindlichkeit der Fürbringer'schen Methode vorgeschlagenen Methoden näher geprüft. Nach Lehmann wird grössere Empfindlichkeit durch vorherige Zerstörung der organischen Harnsubstanzen mittelst Kali chloricum und Salzsäure erreicht, was von den Autoren vollkommen



bestätigt wird. Ein Nachtheil dieses Verfahrens ist jedoch, dass häufig ein Ueberschuss von Chlor zurückbleibt, welcher das Kupfer angreift und längeres Abdampfen nöthig macht. Das von Schuster empfohlene Schridde'sche Verfahren, wonach in den unzerstörten Harn $SH_2$ eingeleitet, der Niederschlag mit Königswasser zerstört und nach Abdampfung der Salpetersäure Lametta in die verdünnte Lösung eingetragen wird, besitzt zwar die ihm zugeschriebene Genauigkeit, jedoch wird das Hg nur zum Theil ausgefällt. Völlige Ausfällung des Hg durch $SH_2$ gelingt erst nach Zerstörung der organischen Substanzen. Die Autoren halten daher das Schridde'sche Verfahren combinirt mit vorausgehender Zerstörung der organischen Substanzen nach Lehmann für die beste Methode zum Nachweise minimaler Menge von Hg in Harn und Fäces. $^1/_{50}$ Mgr. $HgCl_2$ lässt sich auf diese Weise in einem Liter Harn noch leicht nachweisen.

Anstatt $SH_2$ in den zerstörten Harn einzuleiten, kann man denselben mit Ammoniak oder Kalilauge versetzen. Es werden hierdurch wie die Autoren vermuthen (und Almén neuerdings bestätigt hat) vorzugsweise die Phosphate ausgefällt und mit ihnen ein grosser Theil des Hg. Der Niederschlag, welcher allerdings auch in diesem Falle nur einen Theil des in der Untersuchungsflüssigkeit vorhandenen Hg enthält, wird in Salzsäure aufgelöst und hierein direct Kupferplatten (statt Lametta) eingetragen. Diese Methode ist unter den angeführten die bequemste und obwohl zur quantitativen Analyse nicht verwerthbar, ist sie doch sehr genau.

(Neuerdings hat Almén [Hygiea, August 1885] ein in den wesentlichsten Punkten analoges Verfahren angegeben, nur mit dem Unterschiede, dass Almén den Harn nicht vorher zerstört und das Hg nicht, wie sonst üblich, in Jodid verwandelt, sondern als Metallkügelchen mikroskopisch nachweist. Ref.) Gaertner.

Wolff und Nega (8) haben bei acht Patienten, welche Calomel in abführender Dosis (Rp. Calomel. 0·50. Dentur tal. dos. III. S. Halbstündlich ein Pulver) erhielten, den Harn untersucht. Jeder dieser Patienten hatte nach dem Gebrauch des Calomel mehrere Stühle. — In den drei ersten Fällen wurde der Harn nach der gewöhnlichen Fürbringer'schen Methode untersucht: Von sechs Analysen ergaben nur zwei ein positives Resultat. — In den fünf übrigen Fällen wurde der Untersuchung des Harns die Zerstörung der organischen Bestand-



theile desselben vorausgeschickt, wodurch die Empfindlichkeit der F.'schen Methode in hohem Grade gesteigert wird. Sämmtliche an diesen fünf Fällen veranstalteten Analysen (42) ergaben ein positives Resultat. Noch am zwölften Tage nach der Verabfolgung des Calomel war das Hg im Urin deutlich nachweisbar.

Auf Grund dieser Untersuchungen kommen die Autoren zu dem Schlusse, dass die bisherige Anschauung, wonach das Calomel, wenn es in grossen Dosen verabfolgt wird, ausschliesslich laxirend wirkt, nicht zu recht besteht, dass dasselbe vielmehr, gleichviel ob es in grosser oder kleiner Dosis gegeben wird, stets eine mercurielle Wirkung ausübt.

Neuerdings hat Welander (Undersökningar om kvicksilfrets upptayande i och afskiljande ur människokroppen. Stockholm 1886.) zwei ähnliche Fälle veröffentlicht: Nach Verabfolgung von 0·60 Gramm Calomel konnte er das Hg schon vier Stunden nachher im Harn nachweisen. Der Urin wurde hierauf 18 Tage lang täglich untersucht und täglich Hg in demselben nachgewiesen. Trotzdem das Calomel laxirend wirkte, war doch die im Harn gefundene Menge Hg nicht unbedeutend. In einem zweiten Falle wurde das Quecksilber ebenfalls an dem der Einverleibung des Calomel in lax. Dos. folgenden Tage nachgewiesen.

Ref. hatte unlängst Gelegenheit, den Harn einer Patientin zu untersuchen, welcher drei Wochen nach Verabfolgung eines Calomel-Laxans noch eine deutliche Quecksilber-Reaction zeigte. Für die Beurtheilung der Frage nach der monate- oder jahrelangen Remanenz des Hg nach Quecksilbertouren dürfte dieser Umstand gewiss nicht unwichtig sein! Jedenfalls ist der Umstand, dass man auch nach Verabfolgung von Calomel in lax. Dosis längere Zeit Hg im Harn findet von den Autoren, welche dergleichen Untersuchungen angestellt haben, bisher nicht berücksichtigt worden. N.

Delpech hat im Jahre 1881 ein Gemenge von Pepton, Ammoniumchlorid und Quecksilberchlorid zu subcutanen Injectionen empfohlen. Dieses Gemenge verursacht nach Gomez (9) in der Mehrzahl der Fälle heftigen Schmerz und manchmal leichte Abscesse. Gomez glaubt nun, dass dies eine Folge der schnellen Resorption des Peptons sei, wonach die direct reizende Wirkung des Salmiaks und des Sublimats sich entfalten könne. Diesem Uebelstande glaubte G. dadurch abzuhelfen, dass er eine directe Verbin-



dung zwischen Pepton einerseits und Quecksilber und Ammonium andererseits darzustellen suchte. Er behauptet durch ein Ferment (über dessen Eigenschaften und Natur er gar nichts Näheres angibt, Ref.) das Pepton in einen Körper mit den Eigenschaften einer Säure verwandelt zu haben, die mit Carbonaten zusammengebracht dieselben zersetzte und sich mit Hg und Ammonium zu einer wirklichen chemischen Verbindung vereinigte. Dieser Körper, welchen er „Peptonsäure" nennt, ging nach Gomez auch unter denselben Verhältnissen mit Calciumeisen und Wismuth chemische Verbindungen ein.

Hierauf beschreibt er das von ihm dargestellte Mercurammoniumpeptonat, Ferri ammoniumpeptonat, Calcium- und Bismuthpeptonat.

Die Quecksilberverbindung soll ohne Zersetzung und rasch absorbirt werden und „wunderbare" Resultate haben. Leider fehlt jede nähere Angabe über diese Resultate. Gaertner.

Mandelbaum (10) empfiehlt als schmerzlos oder fast schmerzlos folgende Lösung:

Cocaïni muriatici 0·05
Bicyanureti hydrarg. 0·01
Aqua dest. 1·00
(Dosis für eine einmalige Injection.) Lesser.

Róna (11) versuchte das Jodol in 24 Fällen von weichen Geschwüren, ulcerösen Balanitiden, secundär-syphilitischen Geschwüren und sinuösen Substanzverlusten und kommt zum Schlusssatze, dass das Jodol weit hinter dem Jodoform zurückstehe, dass es keine rasche Antisepsis ausübe, dass es den Destructionsprocess nicht hintanhalte und nur die Epithelregeneration günstig beeinflusse.

Horovitz.

G. Gamberini (12) geht von der, wie uns scheinen will, etwas optimistischen Ansicht aus, dass die Arbeiten Pasteur's über Schutzimpfung mit abgeschwächtem Virus beim Milzbrand und bei Lyssa bereits heute zu wissenschaftlich feststehenden und allgemein anerkannten positiven Resultaten geführt haben und sieht damit den Nachweis gegeben, dass es möglich ist, eine bestehende Infectionskrankheit durch weitere Einimpfung des derselben zu Grunde liegenden Virus therapeutisch günstig zu beeinflussen, ja zu heilen; andererseits sei auch der prophylaktische Werth dieser Methode erwiesen. Mit Berücksichtigung gewisser Analogien in Aetiologie, Ver-



lauf und Pathogenese bei Syphilis einerseits und bei Lyssa andererseits glaubt er sich dafür aussprechen zu dürfen, dass es wünschenswerth sei, die schon früher von Boeck, Auzias-Turenne und A. vorgenommenen Syphilisationsversuche wieder aufzunehmen und mit verschiedenen Modificationen zu wiederholen. In dieser Hinsicht wären zur Syphilisation zu verwenden resp. zu versuchen, die den verschiedenen Perioden angehörigen Krankheitsprodukte der Syphilis, ferner das Blut und die Lymphe; andererseits wären auch die Infectionsversuche bei Thieren wieder aufzunehmen, da es keineswegs unmöglich sei, dass durch Vermittelung der Thiere eine Abschwächung des Virus erzielt werden könne. (Da wir den Prämissen Gamberini's bezüglich der Lyssa und des Milzbrandes keineswegs völlig beipflichten können, sind auch unsere Erwartungen über den Erfolg der modificirten Syphilisationen keine sehr hoch gespannten. Ref.) Kopp.

In scharf pointirter Weise erörtert Léloir (13) Eingangs seiner zwölften klinischen Vorlesung über Syphilis seinen jetzigen Standpunkt in der Frage der Schankerexcision. Dieselbe sei nach ihrem Auftauchen zu Ende des 17. Jahrhunderts von B. Bell, Hunter, Ricord, Auspitz und Unna, Pick und vielen anderen seither geübt worden.

Die Ausführung (nach Hueter) geschieht so, dass nach Emporheben des Schankers mittelst Hackenpincette derselbe breit (im Gesunden) mit einem Scheeren- oder Messerschlage entfernt wird. Hierauf Naht oder einfache Deckung mit nasser carbolisirter Watte. Ueble Zufälle habe er ebensowenig wie andere hervorragende Syphilidologen (Cornil, Pick) gesehen. Reinduration der Wundfläche sei selten, die Narbe klein.

In vielen Fällen angezeigt, entferne die Excision erstens eine unbequeme Erkrankung, andererseits vermindere sie die Weiterverbreitung der Syphilis während der Primärperiode.

In dem wichtigsten Punkte nun, in der Frage, ob die Beseitigung des Schankers auch der Syphilis vorbeuge, erklärt Léloir nunmehr anderer Meinung zu sein, als in seiner 1881 erschienenen Schrift, in der er die Excision für nutzlos erklärte.

Dies danke er, nachdem ihn schon früher Aussprüche Cornil's und Diday's zweifeln gemacht, namentlich dem Vortrage Professor Pick's in Prag auf dem Congresse zu Kopenhagen, und insbesondere



auch den Aufklärungen, die ihm im persönlichen Verkehre von letzterem Autor auf alle seine (L.) Einwürfe zu Theil wurden.

Alle ungünstigen Frühexcisionen von Rasori, Fournier und ihm selbst, sprächen nur dafür, dass das Gift bereits über den Excisionsbereich hinausgedrungen war.

Zu den günstigen 22 Fällen (Hueter, Langenbeck, Kuzlinsky, Kölliker, Auspitz, Unna, Pospelow, Rydigier, Pick, Spillmann, Amici, Rinecker), die Pick in seiner Congressmittheilung durch mehrere glückliche bereichert hat, fügt nun auch Léloir einen aus seiner jüngsten Praxis hinzu.

24 Tage nach einem Coitus mit einer Dirne, die bald nach letzterem mit Erosivpapeln der Vulva auf Léloir's Abtheilung in Behandlung kam, tritt bei einem noch nie inficirten Manne ein vollständig typischer (inficirender) Praeputialschanker auf; die unbedeutende Drüsenschwellung soll bei dem lymphatischen Individuum schon früher bestanden haben. Nach der Excision des später auch mikroskopisch vollständig charakteristisch befundenen Geschwürs ist bis vier Monate hernach nicht das geringste locale oder allgemeine Zeichen von Syphilis aufgetreten.

Erwägt L. diesen Fall, so kann er die Einwürfe, die er selbst 1881 Auspitz und Unna gemacht, oder die seine Landsleute Martineau und Barthélemy auf dem Kopenhagener Congresse Pick und Unna gegenüber erhoben haben, nämlich dass andere Dinge als Schanker excidirt und nur eine imaginäre Syphilis geheilt wurde, nicht mehr aufrechthalten.

Warten wir, schliesst Léloir diesen Theil seiner Vorlesung, mit unserem Urtheile, bescheiden wir uns, bis man eines Tages durch den Fund eines specifischen Mikroorganismus die Dignität des excidirten Stückes und den Bereich, bis zu welchem das Gift bereits vorgedrungen, wird bestimmen können, begnügen wir uns jetzt damit, neue Thatsachen der Excision zu sammeln, d. h. excidiren wir unter folgenden Bedingungen:

1. Wenn die Sclerose erst im Entstehen ist;
2. die Stelle zur Excision geeignet ist und
3. noch keine Drüsenanschwellungen da sind.

Ferner 4.: Es darf nur eine einzige Sclerose bestehen oder, wenn mehrere da sind, müssen alle sehr leicht entfernbar sein.

5. Dürfen keine schweren Ernährungsstörungen bestehen (z. B. Diabetes etc.). Winternitz.





# III.

# Hautkrankheiten.

(Zusammengestellt von Prof. **Kaposi** in Wien.)

---

## Anatomie, Physiologie, path. Anatomie, allg. und exper. Pathologie und Therapie.

1. **Kaufmann** Em. Ueber ringförmige Leisten in der Cutis des äusseren Gehörganges. — Wiener med. Jahrb. 1886, p. 201.
2. **Unna.** Eine neue Darstellungsmethode des elastischen Gewebes. — Monatsh. f. Dermatol. 1886. Nr. 6.
3. **Wagner.** Ueber eine neue Methode, Hautanästhesie mit Cocain zu erzeugen. — Zeitschr. f. Therapie 1886, 6.
4. **Herzog.** Ueber die Wirkungen des Cocains auf die Haut. — Münchn. med. Wochenschr. 1886, Nr. 13.
5. **Spitzer** und **Hermann.** Die Anwendung von Milchsäure als Aetzmittel. — Wiener med. Blätter 1886, Nr. 8.
6. **Liebreich.** Ueber den medicinischen Gebrauch des Lanolins. — Deutsche med. Wochenschr. 1886, Nr. 28.
7. **Fox** G. H. Der Werth des Lanolins. — Journ. of cutan. and ven. dis. Juni 1886.
8. **Trousseau.** Chrysarobin-Conjunctivitis. — Ann. de Derm. et de Syphil. 1886, p. 275.

Die Mehrzahl der Autoren, welche die Formation der Cutisgebilde im knöchernen Gehörgang beschrieben haben, erwähnt das Vorkommen niedriger, in regelmässigen Reihen angeordneter Gefässpapillen, und einzelne derselben beschreiben Papillen-Reihen in der Längsachse des Gehörganges paralleler Richtung. Kaufmann (1) fand, dass die als Papillen beschriebenen Erhebungen der Cutis, die man auf Längsschnitten im hinteren Abschnitte des Gehörganges zu Gesichte bekommt, eigentlich nur Querschnitten von Cutisleisten ent-



sprechen, welche in circulärer Richtung verlaufen, also weder eigentlichen Papillen entsprechen, noch in Längsreihen angeordnet sind.

Diese ringförmigen Leisten sind auf die unmittelbare Nähe des Trommelfells beschränkt und verlaufen parallel mit dem Trommelfellrande; sie erstrecken sich nicht auf die ganze Circumferenz des Meatus auditorius externus, sondern sind hauptsächlich am Boden desselben ausgeprägt und können ausnahmsweise entlang dem Bindegewebsbande, welches sich von der oberen Gehörgangswand auf das Trommelfell begibt (Urbantschitsch), auf das letztere übergreifen. Diese Leisten sind schon an fünfmonatlichen menschlichen Embryonen zu finden. Beim Neugeborenen zeigen sie eine Höhe von 0·12—0·35 Mm. und nehmen den M. audit. ext. vom Trommelfellrande ab, oben 1·0 Mm., unten 2·46 Mm. weit ein.

Die Zahl der Leisten nimmt im vorgeschrittenen Lebensalter ab, ebenso tritt Verflächung derselben ein. Riehl.

Unna's (2) Methode zur Darstellung des elastischen Gewebes der Haut besteht in der successiven Anwendung einer starken Osmiumhärtung und einer Nachhärtung mit sauren violetten Anilinfarbstoffen; durch Osmiumsäure durch und durch geschwärzte Hautstückchen werden in Alkohol nachgehärtet und geschnitten. Die Schnitte kommen auf 12—24 Stunden in folgende Lösung: Dahlia 0·2, Aqu. destill. Spiritus aa 10·0 M. Solve., adde Acid. nitric. 2·0, Aqu. destill. 18·0 Spiritus 10·0 M., worauf sie mit Eisessig oder in mit Eisessig angesäuertem Wasser entfärbt werden. Beim richtigen Grad der Entfärbung heben sich die elastischen Fasern blauschwarz gegen die viel heller gefärbten Fibrillenbündel ab, die Fixation des Farbstoffes findet nur dort statt, wo vorher ein genügender Niederschlag von Osmium stattgefunden hat. Wird durch Wasserstoffsuperoxyd das Osmium den Schnitten entzogen, so hat die Blaufärbung des elastischen Gewebes der Entfärbung gegenüber keinen Bestand. Unna constatirt mit dieser Methode im Anschluss an Balzer und Blaschko die ausserordentliche Reichhaltigkeit und Zierlichkeit, sowie die Vertheilung des elastischen Netzes der Haut, ohne auf die Schilderung näher eingehen zu wollen.

(Ref. erlaubt sich auf seine kürzlich erschienene Mittheilung in den Medicin. Jahrbüchern 1886 (Victoriablau etc etc.) hinzuweisen in welcher derselbe sowohl was die Färbung der elastischen Fasern



als auch was den Werth der Osmiumbeize betrifft, zu ähnlichen, wie auch auf anderem Wege erhaltenen Resultaten und Anschauungen wie Unna gelangt.) Lustgarten.

Wagner's (3) Methode beruht auf der kataphorischen Wirkung des elektrischen Stromes, vermöge welcher sich Flüssigkeiten, die in porösen Leitern enthalten sind, in der Richtung von der Anode gegen die Kathode bewegen. Ein solcher poröser Leiter ist aber auch die Epidermis. In diese tritt bei Durchleitung des Stromes Flüssigkeit von der Anode ein. Wird aber diese mit einer Cocainlösung befeuchtet, so wird die Haut in der Ausdehnung, in der sie von der Anode bedeckt war, anästhetisch. Diese Anästhesie, die sich nur auf die Haut allein beschränkt, ist bei genügend langer Einwirkung eine vollständige, dauert etwa zehn Minuten und kann an den Extremitäten durch Anwendung der Esmarch'schen Blutleere bis zu einer halben Stunde verlängert werden, wird auch, wenn sie bereits im Schwinden war, dadurch in ihrer vollen Intensität zur Erscheinung gebracht. Alkoholische fünfpercentige Lösungen sind am wirksamsten. Die Stromstärke hängt von der Grösse der über der zu anästhesirenden Stelle zu applicirenden Anode ab. An der Vola manus gelingt die Anästhesirung nicht, Reaction tritt an der anästhesirten Stelle, bis auf Erythem oder vorübergehende Quaddelbildung nicht ein, Schmerz fehlt vollkommen, solange an gesunder Haut gearbeitet wird, ist aber über entzündeter sehr bedeutend. Finger.

Im Gegensatze zu Rukoni konnte Herzog (4) nach Einpinselungen der Haut mit Cocain bei unversehrter Epidermis keine Anästhesie, sondern ein Blasserwerden der Haut wahrnehmen. Wenn H. aber eine nach Stinzing gebaute Elektrode mit variabel hoch zu machender Flüssigkeitssäule, die oben eine Cocainlösung war, direct als Anode benutzte und eine gewöhnliche Elektrode als Kathode aufsetzte, dann konnte er in Uebereinstimmung mit Wagner Anästhesie erzeugen. Dass es der galvanische Strom nur in Verbindung mit der Cocainlösung war, der die Anästhesie erzeugte, ergab sich aus den Controlversuchen, da weder durch den galvanischen Strom noch durch die Cocainlösung die Wirkung auszulösen war. Wenn die Ströme an Stärke und die Lösungen an Cocain zunahmen, dann war auch die Anästhesie intensiver, aber sie währte auch kürzer und die normale Empfindlichkeit der Haut kehrte auch schneller zurück. Dieser Methode



der Anästhesirung dürfte der Chirurg sich kaum bedienen, wenn es sich um operative Eingriffe handelt, vielleicht bei Neuralgien. Ebenso wirksam ist aber die Cocaineinpinselung da, wo die Epidermis durch entzündliche Reize entweder verdünnt oder ganz abgelöst wurde.

In einer Reihe von Lupus- und Epitheliomfällen der Abtheilung Weinlechner's versuchten Spitzer und Hermann (5) das von Mosetig angegebene Aetzmittel der Milchsäure und gelangten zu folgenden Resultaten: die Milchsäure wirke weniger energisch als andere Aetzmittel; sie verschone auch nicht das gesunde Gewebe und falle die Behandlung schmerzhaft und langsam aus. Horovitz.

Liebreich (6) weist darauf hin, dass nicht nur, nach vielseitigen Erfahrungen, Lanolin medicamentöse Stoffe besser in die Haut führt, als die anderen Salbengrundlagen, sondern dass dieser Vorzug bei der Application auf Schleimhäuten noch deutlicher hervortrete. Die besondere Wirksamkeit auf Flächen, welche ein wässriges Secret absondern, erkläre sich durch die Flüssigkeit des Lanolin, das Wasser zu absorbiren und so direct mit dem Gewebe in Berührung zu kommen. So trete auch bei Bedeckung kleiner Körperwunden mit Lanolin schnelle Heilung ein. Nur müsse das Präparat nicht ranzig und frei von den niedrigeren Fettsäuren sein. In den von Jaffé und Darmstädter hergestellten Fabrikaten von Lanolin seien nur 0·05—0·5, in dem Lanolinum anhydricum 0·5—1 Percent hochschmelzender heller Säuren, die nicht irritirend wirkten, vorhanden. Ueberdies seien bei diesen empfehlenswerthen Präparaten die schwer schmelzbaren Cholesterin-Aether abgetrennt, sie seien daher geschmeidiger geworden und auch ohne Fettzusatz brauchbar. L. gibt nun zwei Reihen von Vorschriften für medicamentöse Salben mit Lanolin und L. anhydricum und Anweisung über die Wahl zwischen diesen beiden Salbengrundlagen.

Caspary.

Fox (7) hat das Lanolin seit dessen Bekanntwerden stets als Salbenconstituens verwendet, hat jedoch keine besonders wohlthätigen Effecte von dessen Gebrauch wahrgenommen. Im Gegentheile hat es sich seiner Farbe und Consistenz wegen in einigen Fällen als nicht sehr empfehlenswerth erwiesen und in Fällen von acut entzündlichen Hautkrankheiten nicht als ein so mildes Mittel, als zu erwarten stand.





F. kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Das Lanolin wird durch die Haut leichter absorbirt als andere Fette.

2. Als Salbenconstituens ist es nützlich, wenn ein Effect auf tiefen Hautschichten oder dem ganzen Organismus beabsichtigt wird.

3. Wegen seiner festen Consistenz ist es zweckmässig, eine entsprechende Menge Fett beizumengen.

4. Bei hochgradig entzündeter Haut wirkt Lanolin nicht so mild wie frisches Fett oder Vaseline.

5. In Anbetracht seiner fraglichen Superiorität, seiner Kosten und der geringen Erfahrung über dasselbe kann es bis jetzt nicht als bestes Salbenconstituens empfohlen werden. Jarisch.

Durch Fournier aufmerksam gemacht, beobachtete Trousseau (8) die durch Chrysarobingebrauch entstehende Conjunctiva-affection.

Bei Leuten, welche zu therapeutischen Zwecken mit Chrysarobin-Traumaticin an der Haut des Körpers bestrichen wurden, entsteht manchmal, in circa fünf Percent der Fälle, meistens in der folgenden Nacht lebhaftes Stechen und Fremdkörpergefühl an einem Auge, die unangenehmen Sensationen nehmen zu, es tritt Blepharospasmus und reichlicher Thränenfluss mit nicht sehr hochgradiger Lichtscheu auf. Man findet dann die Conjunctiva des unteren Lides oder des Bulbus stark injicirt, geschwollen, aber ohne vermehrte Schleimsecretion. Gewöhnlich entsteht die Affection innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Chrysarobinapplication an einem Auge, das zweite erkrankt bald darnach. Die Conjunctiva des Oberlides ist gewöhnlich viel schwächer inficirt. Die Conjunctivitis erreicht ihren Höhepunkt circa am dritten, vierten Tage und schwindet nach circa acht bis zehn Tagen.

Die Prognose ist günstig, die Cornea wird nie befallen. Um zu erfahren, ob die Cornea durch directen Contact mit dem Mittel entsteht, hat T. Chrysarobin in Lösung und in Substanz bei Kaninchen in den Conjunctivalsack gebracht. Es entstand regelmässig heftige Entzündung mit starkem schleimigen ja eitrigem Secret, während am Menschen gewöhnlich die Conjunctivalsecretion nicht vermehrt ist. Auch die directe Einwirkung des Chloroform kann nicht die Ursache sein. Reines Chloroform verursacht keine ähnlichen Erscheinungen.



T. schliesst daraus, dass die Conjunctivitis durch Resorption des Chrysarobin entstehen müsse, obwohl über die Resorption des Mittels durch die Haut bisher nichts bekannt ist.

Auch der Umstand, dass intelligente Kranke, welche vor der Application des Chrysarobin gewarnt wurden, mit den Händen die Augen zu berühren, an der Conjunctivitis erkrankten, und dass die Augenaffection auch in Fällen auftritt, wo nur die Unterschenkel mit Chrysarobin behandelt werden, spricht nach T. für diese Anschauung.

Riehl.

## Anomalien der Secretion und des Secretionsapparates.

1. **Jackson.** Ein Fall von Dysidrosis des Gesichtes. — Journ. of cut. and ven. dis. Jänner 1886.
2. **Ohmann-Dumesnil.** Doppelter Comedo in Folge einer bisher nicht beschriebenen Anomalie der Talgdrüsen. — Ebenda. Februar u. Juli 1886.

Jackson (1) berichtet über einen Fall von Dysidrosis des Gesichtes.

Die Affection betraf eine 45 Jahre alte, durchaus gesunde Köchin und begann vor fünf Jahren. Während des Sommers stellt sich regelmässig Verschlimmerung ein, besonders unter der Einwirkung des Herdfeuers, doch ist die Kranke auch während des Winters niemals gänzlich verschont. Die Eruption ist im Gesichte localisirt und occupirt die unteren Partien der Stirne, den Rücken und die seitlichen Partien der Nase, umgibt beide Orbitae und setzt sich bis auf die Oberlippe fort. Die Efflorescenzen ähneln Sagokörnern und bestehen in prall gespannten Bläschen mit blauem Inhalt. Die Grösse derselben variirt zwischen der eines Nadelkopfes bis zu jener einer Splitterbse. Diese Bläschen stehen meist discret, einige fliessen an ihrer Peripherie zusammen und entleeren, angestochen, ein klares Fluidum von saurer Reaction. Sie bersten nicht spontan, die Decke setzt vielmehr der Eröffnung beträchtlichen Widerstand entgegen. Im Uebrigen ist die Haut durchaus normal und weist nirgends Entzündung auf.

Der Autor hält die Affection für identisch mit den von Robinson beschriebenen „Sudamina of the face". Jarisch.

Ohmann-Dumesnil (2) fand in zwei Fällen hochgradiger Acne des Rückens, dass viele Comedonen paarweise angeordnet waren, und dass die Distanz $^1/_3$ bis $^3/_{16}$ Zoll betrug. Die Hautbrücke, welche die beiden Comedopunkte trennte, schien durch einen rundlichen Körper emporgehoben und bei seitlichem Druck auf einen Comedopunkt, konnte bei der correspondirenden Oeffnung ein Comedo aus-





gequetscht werden, welcher an beiden Enden schwarze Punkte aufwies. Unter der Brücke, welche beide Comedonenpunkte trennte konnte eine Nadel durchgeführt werden. Die Frage ob hier eine angeborene oder erworbene Anomalie der Talgdrüsen vorliege, wird von dem Autor aufgeworfen, aber nicht entschieden. Histologische Untersuchung war nicht möglich. Der Autor hält die beschriebene Anomalie für eine Rarität.

In einer ergänzenden Mittheilung (ibidem Juliheft p. 193) berichtet der Autor über drei weitere Fälle von doppeltem Comedo. welche aber im Gesicht ihren Sitz hatten, und kommt nun zu dem Schlusse, dass die Anomalie gar nicht so selten sei, und dass sie nicht im Gefolge eines destructiven Processes (Syphilis) zu Stande komme. Eine anatomische Untersuchung konnte auch in diesen drei Fällen nicht vorgenommen werden. Jarisch.

## Acute und chronische Infectionskrankheiten.

(Infectiöse Entzündungsprocesse.)

1. **Woronichin.** Dreimalige Erkrankung an Scharlach. — Jahrb. f. Kinderheilk. 1886. Bd. XXV.
2. **Heubner.** Ueber Scharlachdiphtherie und deren Behandlung. — Verhandl. d. Congr. f. inner. Med. 1886.
3. **Konetschke.** Zur Behandlung des Erysipels. — Wiener med. Presse 1886, Nr. 12.
4. **Léloir.** Neue Untersuchungen über die Beziehungen zwischen Lupus vulgaris und Tuberculose. — Annal. de Derm. et de Syphil. 1886. p. 328.
5. **Bender.** Ueber die Beziehungen des Lupus vulgaris zur Tuberculose. — Berl. klin. Wochenschr. 1886, Nr. 23, 24.
6. **Hofmokl.** Tuberculose des Präputiums nach Circumcision. — Anzeiger der k. k. Ges. d. Aerzte, Wien 1886, Nr. 20, 21.
7. **Duncan.** Ueber Ulcerationen und Entzündungsformen des Lupus der weiblichen Genitalien mit histologischen Bemerkungen über Lupus von **G. Thin.** Transact. of the obstetr. soc. of London. Bd. XXVII. (Separatabdruck.)
8. **Gärtner** und **Lustgarten**. Ueber elektrolytische Flächenätzungen zur Behandlung des Lupus vulgaris. — Wiener med. Wochenschr. 1886. Nr. 27, 28.
9. **Hatch.** Einimpfung von Lepra. — Brit. med. Journ. 1886, 26. Juni.
10. **Janowsky.** Ueber Rhinosclerom. — Wiener med. Presse 1886, Nr. 13.



Das so seltene Ereigniss, einen Patienten zum dritten Male an Scharlach erkrankt zu sehen, beschreibt Woronichin (1) an einem 21 Jahre alten Studenten. Derselbe erkrankte in seinem dritten Lebensjahre zum ersten, im zehnten Lebensjahre zum zweiten Male. Nach fünftägiger Floritionszeit erfolgte die charakteristische Abschuppung nach dieser dritten Erkrankung.

Nach Heubner (2) bestimmt die Form der Diphtherie die Schwere einer Scharlachepidemie. Die acute Form der Diphtherie mit dem fulminanten und pestartigen Charakter, mit der Schwellung der Rachengebilde und deren Gangrän, mit der Lymphdrüsenschwellung und der Zellgewebsinfiltration der Halsgegend, ferner das hohe Fieber und der Kräfteverfall führen innerhalb der ersten bis zweiten Woche das tödtliche Ende der Kranken herbei. Die subacute Form, die unter weniger stürmischen Erscheinungen einhergeht, daher nur langsam, erst nach drei bis vier Wochen zu den oben erwähnten Veränderungen führt, ist einer rationellen Theorie zugänglich. Wenn es gelingt die Allgemeininfection, die von den Tonsillen ausgeht, hintanzuhalten, so lässt sich die Krankheit ihres gefährlichen Charakters entkleiden.

H. macht in dieser Absicht Injectionen in die Tonsillen. Es werden täglich zweimal halbe Pravazspritzen mit einer dreipercentigen Carbolsäurelösung mit geeignetem Stachel in das Tonsillargewebe entleert. Diese Therapie wird am dritten bis fünften Tage begonnen, wenn Zeichen von Zunahme der Beläge auftreten und das Fieber anzusteigen beginnt. Horovitz.

Konetschke (3) empfiehlt bei Erysipel sanfte aber gründliche Einreibungen von zehnpercentigem Carbolöl. Auf unbehaarte Stellen, welche von Erysipel ergriffen sind, lässt K. zehnpercentiges Carbolöl stündlich mit Wattebäuschchen, nicht nur auf die erkrankte Parthie, sondern über diese hinaus einreiben. Auf den behaarten Kopf muss viel Carbolöl applicirt werden, indem man das Haar abtheilt und von einer Stelle zur anderen gehend das Oel in den Haarboden einreibt. K. behandelte auf diese Weise über zwanzig Fälle. In keinem Falle schritt das Erysipel weiter und war in längstens zwei Tagen unter Entfieberung abgelaufen. Zeissl.

Léloir (4) sah bei einem sechsjährigen Mädchen eine kreuzergrosse Plaque von verrucösem Lupus an der Hautfalte zwischen Zeige- und Mittelfinger der linken Hand. Die Entwicklung der Plaque



hatte vor einem Jahre begonnen. An einer Stelle fand sich unter einer Kruste ein kleines Geschwürchen. An der Streckseite des Vorderarms sassen zwei haselnussgrosse Knoten im subcutanen Gewebe (gommes scrophulo-tuberculeux), welche durch hart anzufühlende Stränge (Lymphangioitis) mit der Lupusplaque in Verbindung standen.

Die Eltern liessen die Zerstörung der kranken Partien nicht vornehmen. Mehrere Wochen später waren an der Beugeseite des Vorderarmes neue Knoten entstanden, mit ähnlichen indurirten Lymphsträngen. Cubital- und Achseldrüsen geschwollen. Auch jetzt willigten die Eltern in die Vorschläge L.'s nicht ein. Nach Verlauf von Wochen waren die Gummen zerfallen, die Achseldrüsen taubeneigross, die Drüsen unter der Clavicula fühlbar und L. fand an der linken Lungenspitze die Zeichen beginnender Infiltration; das Kind hustete und magerte ab.

L. zerstörte nun mit dem Galvanocauter die kranken Partien am Arm und verordnete Jodumschläge auf die Drüsen. Später entstand ein Knoten in der Nähe des Lupusherdes und Infiltration übergreifend auf die Sehnenscheiden. Neuerdings Cauterisation. Jodbäder. Nach drei Monaten Heilung der localen Erscheinungen. Respiration links oben fast normal. Allgemeinbefinden gebessert.

In vier Fällen sah L. erysipelartige Schwellungen bei Lupuskranken auftreten. Der Lupus sass jedesmal im Gesichte; den erysipelähnlichen Process in diesen Fällen bezeichnet L. als Erysipèle blanc (des strumeux ou scrophuleux), ein acutes lymphatisches Oedem. Das Pseudoerysipel schwand in fünf bis vierzehn Tagen vollständig, es blieben aber die Submaxillardrüsen und manchmal die Subclaviculardrüsen geschwollen und leicht schmerzhaft. Plötzlich bekamen die Kranken Fieber, gastrische Erscheinungen etc. Bei Untersuchung der Lungen fand man an einer Spitze Symptome der beginnenden Infiltration.

Diese Beobachtungen bestärken L. in seiner Ansicht, dass Lupus eine Form von Hauttuberculose ist und zeigen, dass die Lymphgefässe bei der Verschleppung des tuberculösen Virus eine grosse Rolle spielen.

In der Zeit von 1885 bis 1886 hatte L. auf seiner Abtheilung siebzehn Lupuskranke, von welchen zehn an Lungentuberculose und ein Kranker an Tumor. alb. genu litten.



In seiner Privatpraxis hatte L. in dieser Zeit neun Lupusfälle, von welchen nur einer an Tuberc. pulm. litt. In von zwei dieser Fälle entnommenen Lupusknoten fand L. vereinzelte Bacillen. Riehl.

Bender (5) berichtet über die Beziehungen des Lupus vulgaris zur Tuberculose. Von 374 Fällen von Lupus vulgaris, die vom 1. Juni 1882 bis 1. October 1885 in der Universitätsklinik für Syphilis und Hautkrankheiten, in der zugehörigen Poliklinik und auf der chirurgischen Station des evangelischen Hospitals in Bonn, alle unter der Leitung von Prof. Doutrelepont beobachtet wurden, konnten in 159 Fällen die Beziehungen des Lupus zur Tuberculose geprüft werden. Bei 99 Patienten waren Zeichen bereits überstandener oder noch vorhandener Tuberculose, respective Scrophulose nachzuweisen. Hereditäre Belastung liess sich in 53 Fällen constatiren. Aus der Anamnese allein liessen sich diesbezügliche Symptome, sei es bei den Patienten selbst oder deren nächsten Angehörigen, auffinden, in 77 Fällen und sonst ebensoviel ergab solche der Status praesens. 44 Mal wiesen Anamnese und Status praesens gemeinschaftlich auf sonstige Symptome der Tuberculose. Zählt man alle Fälle, die mit Tuberculose zu vereinende Processe zeigen, sei es auf Grund der Anamnese oder des Status praesens, so liessen sich in 109 Fällen entweder an dem Patienten selbst anderweitige Symptome bereits überstandener oder an anderen Organen noch localisirter Tuberculose auffinden, oder die nächsten Angehörigen bewiesen einerseits durch ihre Vergangenheit, andererseits durch ihr augenblickliches Befinden, dass das an Lupus erkrankte Individuum einer inficirten Familie angehöre. Da ausserdem bei 32 Fällen jeglicher Vormerk über die in Rede stehenden Verhältnisse fehlt, so kann nur in 14 Fällen tuberculöse Belastung sicher ausgeschlossen werden. In zwei von den beobachteten Fällen ist seither Exitus letalis durch Tuberculose (der Meningen resp. des Larynx und der Lungen) erfolgt. Caspary.

Hofmokl (6) demonstrirt ein Kind, bei welchem nach der rituellen Circumcision tuberculöse Geschwürsbildung am Präputialrest und an der Glans penis mit hochgradiger Schwellung und Zerfall der beiderseitigen Inguinaldrüsen aufgetreten war.

Der Knabe, das vierte Kind gesunder Eltern, wurde am achten Tage beschnitten. Die Wunde heilte nicht ganz, die Drüsenschwellung begann in der fünften Woche. Im achten Monat wurde das Kind auf



die Abtheilung aufgenommen. Status: Am Dorsum glandis ein kleines längliches grau belegtes Geschwür mit infiltrirter Basis; leichte Schwellung der Inguinaldrüsen.

Therapie: Jodoform, Roborantia, später Calomel, Jodkali, Sublimatbäder, Jodbäder, Schwefelbäder, Auslöffellung des Geschwüres. Schmiercur ohne Erfolg. Das Geschwür vergrösserte sich — es traten neue Ulcera auf, die Drüsen der Inguinalgegend wurden bis wallnussgross. An der Urethralmündung ein neues Geschwür, Abmagerung. Im Geschwürssecret keine Tuberkelbacillen.

H. hält den Process für locale Tuberculose, wahrscheinlich während der Beschneidung übertragen.

Discussion:

Kaposi erwähnt ähnliche Fälle, die alle von einem Circumcissor stammten und Lues waren. Die Geschwüre des demonstrirten Kindes seien nicht charakteristisch, die Drüsenschwellung könne Resultat von Lymphangioitis sein. K. hält die Affection nicht für Tuberculose und empfiehlt Empl. hydrarg. und Schmiercur.

Hofmokl erwähnt, dass die antiluetische Therapie bisher erfolglos war.

Grünfeld theilt ähnliche Fälle mit, welche theils Syphilis, theils Ulcera mollia, theils „einfach verunreinigte Geschwüre" vorstellten, und zählt den demonstrirten Fall in die letzte Kategorie.

Hofmokl erklärt, dass man „verunreinigte Geschwüre" nicht kenne, es müsse eine specielle Ursache für den Gewebszerfall vorhanden sein und dies sei wahrscheinlich die Tuberculose.

Am 28. Mai berichtet Hofmokl: Es wurden die Drüsen exstirpirt, die Geschwüre am Penis mit Paquelin behandelt.

Die mikroskopische Untersuchung stellte fest, dass die Affection Tuberculose sei. Prof. Weichselbaum wies Bacillen in den Drüsen nach.

Riehl.

Duncan (7) berichtet über 11 Fälle von theils ulcerösem, theils hypertrophischem Lupus der weiblichen Genitalien in drei getrennten Abhandlungen.

Die Ulceration betrachtet D. als nicht wesentlich zum Krankheitscharakter gehörig. Viele als Ulceration beschriebene Vorgänge sind in Wirklichkeit nur durch Bähung mit Secret hervorgerufene Excoriationen, zumeist sind Ulceration und Hypertrophie combinirt.





so dass auf der einen Seite Destruction, auf der anderen Hypertrophie beobachtet wird. Die hypertrophischen Partien sind den destructiven Ulcerationen in der Regel nur wenig unterworfen. In der Mehrzahl der Fälle sind die Schamlippen, die Clitoris, das Hymen und das Vestibulum Sitz der Erkrankung. Vagina und Portio vaginalis sind nicht selten Sitz der Ulceration. In einem Falle wurde von D. destructive Ulceration im Corpus uteri mit Perforation ins Peritoneum beobachtet. Ferner werden das Perineum und die unmittelbare Nachbarschaft des Anus, die Urethra und die Blase ergriffen. Gelegentlich kommt es zu spontanen profusen Blutungen aus den Ulcerationen. Die Geschwüre sind in der Regel nicht empfindlich. Weiber mit grossen Geschwüren der Vagina üben den Beischlaf aus und gebären ohne den Verdacht einer Erkrankung zu bieten. Manchmal sind jedoch die Geschwüre ausserordentlich empfindlich. Diese sitzen mitunter nahe der Urethralmündung. Der sogenannte Lupus minimus, ist, wenn empfindlich, oft die Ursache von Vaginismus und Blasenreizung. Wegen seiner Kleinheit entzieht er sich oft lange der Beobachtung. Die Ulceration zerstört gewöhnlich Haut, Schleimhaut und Unterhautzellgewebe, doch mitunter jedes Gewebe mit Ausnahme des Knochens. Perforationen, Fensterungen der Labia durch Lupus sind sehr selten.

Bildung von cavernösen Höhlen („Excavation") und Hohlgängen ist ein nicht seltenes Vorkommniss. Die Ulceration schreitet nicht durch raschen nekrotischen Zerfall, sondern durch allmälige Einschmelzung vor, es kann zum Stillstand kommen, oder der Process bleibt lange auch Jahre lang unverändert. Ebenso langsam wie die Ausbreitung geht auch die Heilung vor sich. Oberflächliche Ulcerationen heilen ohne Narben ab.

War die Haut in ihrer ganzen Dicke ergriffen, so kommt es zu einer gewöhnlichen Narbenbildung. Im Gegensatz zu diesem Verhalten des Lupus steht das rasche Fortschreiten der carcinomatösen Geschwüre durch Nekrose. Im Allgemeinen kann man das Verhältniss zwischen hypertrophischem und ulcerativem Lupus der weiblichen Genitalien dahin feststellen, dass diese zwei Formen alternirende Phasen auf der ursprünglich erkrankten Partie bilden, doch können beide Formen auch neben einander einhergehen. An den übrigen Körperpartien sah D. niemals solche mächtige Lupushypertrophie, wie

an dem weiblichen Genital. Sie ist mitunter so bedeutend, dass man an Elephantiasis denken könnte.

Der umfangreichsten Hypertrophie sind die Labia majora, die Clitoris und ihr Präputium unterworfen (Lupus maximus), geringe Hypertrophien kommen vor an der Urethralmündung auch Hymen (Lupus minimus).

Die Hypertrophie geht gewöhnlich der Ulceration voraus und diese kann zum Stillstand gebracht werden und abheilen, ohne dass die Hypertrophie früher behoben worden wäre.

Es ist die Regel, dass die kleinen caruncularen Hypertrophien an der Urethralmündung ausserordentlich empfindlich sind. Die Farbe der Hypertrophien ist verschieden nuancirt. Von der fleischweichen bis zur steinharten kommen alle Consistenzgrade vor.

Acute Entzündungen sind ein wesentlicher Charakter lupöser Affectionen des weiblichen Genitalapparates. Es gibt eine lupöse Vaginitis ohne irgend eine durch die Sinne wahrnehmbare Ulceration oder Hypertrophie.

Stricturen der Urethra, der Vagina und des Rectums kommen nicht selten mit Lupus vergesellschaftet zur Beobachtung, was man vom Carcinom nicht behaupten kann. Wenn schon bei letzterem Stricturen vorkommen, so sind sie nicht entzündliche wie beim Lupus, sondern durch übermässiges Wachsthum des Neugebildes ringsum die Passage bedingt. Beim Carcinom sind perimetrale oder auch diffus peritoneale Entzündungsprocesse nicht selten, bei Lupus hingegen kommen diese nicht vor mit Ausnahme der Perforationsperitonitis bei uteriner Ulceration.

Differentialdiagnostische Schwierigkeiten bieten manche Fälle von Pruritus. Duncan ebenso Thin und Morrant Baker glauben, dass gewisse Beziehungen zwischen den beiden Krankheitsprocessen in solchen Fällen bestehen und dass beide durch Schmutz, Secrete und Reibung hervorgerufen werden.

Lupöse Cystitis ist gewöhnlich mit Urethritis combinirt.

Die lupöse Vaginitis geht mitunter mit einer ausserordentlich reichlichen Eiterabsonderung einher, die entzündeten Partien sind sehr empfindlich, bluten leicht, manchmal copiös (hämorrhagische Vaginitis).

Das Vestibulum ist ein häufiger Sitz der Erkrankung.

Die Verhältnisse bei der lupösen Rectitis sind denen der Vaginitis ähnlich.



Die Stricturen kommen in drei verschiedenen Formen vor, die sich jedoch mannigfach combiniren können. Sie sind entweder bedingt durch das Wuchern des lupösen Gewebes, oder durch frisch entzündliche Infiltration, endlich können sie von bindegewebigen Streifen herrühren. Am häufigsten kommen sie im Rectum, dann in der Vagina, weniger häufig in der Urethra zur Beobachtung. Hieher gehören wahrscheinlich die von Mc. Clintok beschriebenen häufigen Stricturen der oberen Vaginalpartie bei alten Weibern.

Von Dr. Thin wurde die genaue histologische Untersuchung von sechs geeigneten Fällen vorgenommen und kommt T. zu folgenden Schlüssen: Die Hypertrophien sind auf ein beträchtliches Wachsthum des Bindegewebes zurückzuführen, ohne dass irgend eine neoplastische Wucherung dafür direct oder indirect verantwortlich gemacht werden könnte. Das Schleimhautepithel ist entweder normal oder in irgend einem Grade entzündet bis zur völligen Zerstörung. Die Entzündungserscheinungen bestehen in einer mehr oder minder reichlichen Infiltration mit Leukocysten und Degeneration, Dissociation und schliesslich Verschwinden des Epithels. Die entzündlichen Veränderungen sind am ausgeprägtesten entwickelt unmittelbar unter dem Epithel, so dass man vermuthen kann, dass in diesen Fällen irgend eine auf die Oberfläche einwirkende Ursache die Entzündung hervorrief. Die Bindegewebswucherung, die die Hypertrophie ausmacht, zeigt die gewöhnlichen Exsudat- und Bindegewebszellen in allen Entwickelungsstadien. Die Exsudatzellen finden sich am reichlichsten um die Blutgefässe herum; die Blutgefässe sind gewöhnlich zahlreich und verhalten sich ganz eigenthümlich. Mitunter sieht man eine beträchtliche Anzahl von sehr weiten „Capillaren" von einer relativ bedeutenden Tiefe gegen die Oberfläche verlaufen und das gerade Ende in nahezu unmittelbaren Contact mit der Epithelschicht treten.

Die progressive mächtige Bildung und Ausschwemmung von plastischem Material in manchen Fällen und die entzündliche Zerstörung in anderen ist in causaler Hinsicht ungewöhnlich und charakteristisch. Man kann weder den Grad, noch die Art der Hypertrophie auf einen chronischen entzündlichen Reiz zurückführen.

Das mikroskopische Bild stimmt nicht überein mit dem des Lupus vulgaris. Es fehlen nämlich jene deutlichen Felder, in welchen die um Riesenzellen herum gruppirten Granulationsmassen an Stelle des zu Grunde gegangenen Bindegewebes getreten sind.



Das mikroskopische Bild des Lupus unterscheidet sich von dem des syphilitischen Gumma einmal dadurch, dass das Bindegewebe sehr mächtig werden kann, ohne einzuschmelzen und dass der Process nicht nothwendiger Weise mit dichter, kleinzelliger Infitration einhergeht. Ferner wurde in diesen Fällen kein Narbengewebe gefunden, noch waren die Wandungen der Blutgefässe verdickt oder erkrankt.

Es besteht eine gewisse Analogie zwischen diesem Krankheitsprocess und der wahren orientalischen Elephantiasis. Von letzterer unterscheidet er sich jedoch durch das Fehlen einer markirten Affection des Lymphgefässsystems und durch das Vorhandensein von mehr oder minder beträchtlichen entzündlichen Vorgängen. Bei der Elephantiasis Arabum führt die Verstopfung der Lymphgefässe durch Entozoen zu langsamer continuirlicher Exsudation mit Bildung enormer Gewebsmassen; in Europa dagegen wird der Ausdruck Elephantiasis von den Autoren für viele verschiedene Processe angewandt, die nichts mit einander gemein haben, als die Hypertrophie und die Nicht-Bösartigkeit. Diese repräsentiren keine bestimmte Krankheit und man kann deshalb die Beziehungen des Lupus zu ersteren nicht zum Gegenstand von Erörterungen machen.

Thin zweifelt nicht daran, dass manche von continentalen Autoren als Elephantiasis vulvae beschriebene Fälle in Wirklichkeit hierher gehören.

Die mit chromolithographischen Platten reichlich illustrirten lehrreichen Krankengeschichten sind im Originale einzusehen. Zeissl.

Wir entnehmen der von Gärtner und Lustgarten (8) vorangeschickten historischen Skizze, dass zuerst Groh im Jahre 1871 die elektrolytische Behandlung in zwei Fällen von Lupus „scrophulosus" und zwar mittelst in die erkrankten Partien eingesenkter Nadeln ausgeführt habe. Das den Verfassern eigenthümliche Verfahren beruht auf einer schmerzlos eintretenden Flächenätzung, welche durch die ungefähr zehn Minuten dauernde Application einer blanken Metallplatte als negativer Elektrode bewirkt wird. Als Stromgeber dient eine kräftige Batterie, etwa 24 Leclanché-Elemente, deren sämmtliche Elemente in Thätigkeit gesetzt werden.

Die Regulirung des Stromes, der eine Intensität von fünf bis zehn Milliampères erhalten soll, wird bewirkt durch den Gärtner'-



schen Graphitrheostaten; zur Messung der Stromintensität dient ein nach absolutem Masse geaichtes Galvanomanometer.

Der positive (Kohle-) Pol trägt eine Schwammelektrode mit grosser Fläche, welche zweckmässig in Form der von Gärtner angegebenen fixirbaren Elektrode am Vorderarme des Patienten befestigt werden kann. Die Aetzelektrode besteht aus einer der Fläche nach schwach gewölbten Feinsilberplatte von circa zwei Centimeter Durchmesser, welche zur Vermeidung von Randätzungen in einem Hartgummiring eingelassen ist.

Bei dieser Anordnung ergeben sich unter der blanken Kathode Aetzwirkungen auch an der normalen Haut, welche sich als umschriebene, meist rundliche Verschorfungen darstellen, die mitten in intact gebliebenen Partien eingesprengt sind. Lässt man den Rand der Elektrode leitend, so liegt auch unter ihm ein Kranz solcher isolirter Schorfe. Diese ungleichmässige Aetzwirkung ist bedingt durch den verschiedenen Leitungswiderstand und die in Folge dessen veränderte locale Stromintensität an distincten Punkten des von der Kathode bedeckten Theiles. Je dünner, je succulenter die Epidermis an einer bestimmten Stelle, desto leichter unterliegt die Stelle der Aetzwirkung des Stromes. **Befinden sich also Lupusknötchen in normale Haut eingesprengt, so werden die Knötchen durch Elektrolyse zerstört, während die gesunde Umgebung fast stets verschont bleibt.**

Die geätzten Lupuspartien sind excoriirt, gequollen und lassen in den ersten Minuten nach der Aetzung eine zähflüssige, wasserhelle, stark alkalisch reagirende Masse aussickern. Im Verlaufe der nächsten Stunden trocknen sie ein und bedecken sich mit einem bräunlichen, lederartigen Schorfe, der, wie der ganze Aetzeffect das Gepräge der Kaliätzung trägt. Unter Jodoformverband erfolgt die meist ohne Eiterbildung eintretende aseptische Heilung in acht bis vierzehn Tagen unter Zurücklassung geschmeidiger, zarter, eine Zeit lang pigmentirter Narben.

Die hier skizzirte Methode ist werthvoll durch die auf das pathologische Gewebe sich beschränkende Wirkung, sowie durch die vollkommene Schmerzlosigkeit des Verfahrens. Am meisten indicirt dürfte dieselbe sein bei nahe unter die Oberfläche gerückten Infiltraten des Lupus vulgaris. Bei papillären Formen ist es angezeigt, vorher durch Maceration die Epidermismassen wegzuschaffen; bei Lupus exul-

cerans fanden es die Verfasser nothwendig, zur Erzielung vollkommener Analgesie die Wundfläche vor der Aetzung mit 5percentiger Cocainlösung zu bepinseln.

Hatch (9) theilt folgenden Fall von Einimpfung von Lepra mit.

Ein Student zog sich bei der Section eines Lepra-Kranken am 27. Juni 1885 eine Schnittwunde des linken Zeigefingers zu. Am 28. Juni bemerkte er Schwellung der linken Cubitaldrüse und am Abend des anderen Tages Schwellung und Empfindlichkeit der Axillardrüsen. Am 30. Juni, an welchem ihn H. sah, beträchtliche knotige Anschwellung des Ulnaris. Der empfindliche Nerv fühlte sich hart an und der Kranke fühlte schiessende Schmerzen in demselben, welche bis zur linken Brusthälfte ausstrahlten. Patient leicht fiebernd, Zunge belegt, allgemeines Unbehagen.

Im Juli heftige Kreuzschmerzen, Schmerzen im Samenstrang und den Hoden, Temperatur zwischen 99 und 101° F. schwankend, Neigung zu Schweissen. Der rechte Samenstrang und die Epididymis hart, knotig. Mit August schwanden diese Erscheinungen, doch zeigte sich eine deutliche Abmagerung der Interossei und der Muskeln des kleinen Fingers; gleichzeitig war Gefühlslähmung vorhanden. Der M. adductor pollicis und die Muskeln des Vorderarmes waren scheinbar nicht afficirt. Hierauf keine neuen Erscheinungen. Im April 1886 war die Anschwellung des Nerven fast verschwunden, die Hand erschien wie zuvor, das Allgemeinbefinden gut.

Der Autor betont, dass keine Wunde und kein Zeichen von Entzündung am Finger vorhanden war.

Der von Janowsky (10) beschriebene Fall von Rhinosclerom erscheint interessant durch den günstigen Erfolg der Raclage, durch welche die lästigen Beschwerden ziemlich rasch und dauernd beseitigt wurden, ferner durch das Auftreten der Schrumpfung auch an den nicht ausgekratzten Stellen und durch das Ergriffensein des Oberkiefers, worauf, wie bekannt, bereits Billroth hinwies. J. gelang es auch Bacillen in spärlicherer Menge, als dies gewöhnlich beschrieben wird, aber constant nachzuweisen. Die Kapseln der Bacillen konnte J. nicht sehen. Zeissl.

## Erythematöse, eczematöse, parenchymatöse Entzündungsprocesse.

1. **Lažansky.** Ueber Urticaria. — Prager med. Wochenschr. 1886, Nr. 16.
2. **Kaposi.** Ueber Urticaria pigmentosa. Vortrag geh. in der k. k. Ges. der Aerzte in Wien. — Refer. d. Wiener med. Wochenschr. 1886. Nr. 25.



3. **Bulkley.** Ueber die Existenz der Dermatitis herpetiformis (Duhring) als einer bestimmten Krankheit. — Journ. of cutan. and vener. dis. 1886, April.
4. **Taylor.** Beitrag zur Kenntniss der Hydroa bulleux (Bazin) und der Dermatitis herpetiformis (Duhring). — Ebenda. 1886, April.
5. **Morrow.** Die bullöse Form des Jodexanthems. — Ebenda.
6. **Discussion** über Pemphigus foliaceus vegetans. — Anzeiger der Ges. d. Aerzte in Wien. 1886, Nr. 2, 4, 5.
7. **Sabin.** Pemphigus gefolgt von Albuminurie. — Journ. of cutan. and ven. dis. 1886, Juni.
8. **Molènes.** Arnica-Dermatitis. — Annal. de Derm. et de Syphil. 1886, p. 65.
9. **Vidal.** Ueber Lichen. — Annal. de Derm. et de Syphil. 1886, 3.
10. **Touton.** Casuistisches zum Lichen ruber planus. — Berliner klin. Wochenschr. 1886, 23.
11. **Musser.** Ueber einen Fall von local. Asphyxie und einen Fall von Gangrän im Verlaufe von Diabetes mellitus. — Philadelphia med. Times. 1886, 29. Mai.
12. **Abott.** Ein Fall von Myxödem. — Brit. med. Journ. 1886, 28. Juni.

Unter Urticaria chron. versteht Lažansky (1) in Uebereinstimmung mit Pick eine in häufigen Anfällen auftretende Urticaria, deren Quaddeln nach jedem Anfalle spurlos verschwinden. Es kommt bei dieser Form wegen der häufigen Hyperämien höchstens zu leichten Pigmentationen. Einen Fall dieser Kategorie beobachtete L. bei einem sonst gesunden Manne, dessen erster Anfall mit einer Verdauungsstörung zusammenhing. Innerliche Verabreichung von 0·001 — 0·002 Atrop. sulfur. pro die in Pillenform mit entsprechenden Intercolartagen waren von Erfolg.

Im Gegensatze zu der erwähnten Form steht die Urticaria perstans, deren Quaddeln längere Zeit sich erhalten. Wenn neben der Dauer der Quaddeln noch reichliche Pigmentirung vorhanden ist, dann nennt man diese Art Urticaria perstans pigment. L. beobachtete durch 3 Jahre diese Form bei einem jetzt vier Jahre alten Kinde.

Endlich berichtet L. über einen Fall von Urticaria intermittens und einige Fälle von Urticaria factitia. Ein an Febris intermittens tertiana leidender Mensch mit deutlicher Milzschwellung zeigte bei jedem Fieberanfall einen Urticariaausbruch. Horovitz.

Unter Vorstellung eines Falles dieser in Wien noch nicht gesehenen Krankheitsform in der k. k. Gesellschaft der Aerzte (Sitzung vom 4. Juni) bemerkt Kaposi (2):



Urticaria pigmentosa. Dieser sehr bezeichnende Name ist von Sangster vorgeschlagen worden für diese eigenthümliche und von Nettelship 1869 zuerst beschriebene Form von Nesselsucht. In England ist eine grössere Reihe derartiger Fälle gesehen worden (von Crocker, Cavafy, Baker u. A.), während sie bei uns sehr selten zu sein scheinen. Dieselben betrafen meistens jugendliche Individuen und hatten in der frühesten Kindheit, in den ersten Lebensmonaten und Jahren begonnen. Die Symptome bestehen in der chronisch sich wiederholenden Erscheinung von Urticaria-Quaddeln; während aber sonst bei acuter, sowie bei chronischer Urticaria — Knidosis — welcher Form, Intensität und Ursache immer, nach Verschwinden der einzelnen Quadeln die von diesen besetzt gewesenen Hautstellen vollkommen normales Aussehen erlangen, höchstens vorübergehend pigmentirt erscheinen, bleibt in den in Rede stehenden Fällen kaffee- oder sepiabraune bis melanotische Pigmentirung durch lange Monate und Jahre zurück. Indem zugleich die Urticariaeruptionen sich wiederholen, die immer wieder Pigmentflecke zurücklassen, entwickelt sich mit der Zeit eine sehr entstellende allgemeine Pigmentose. Die Flecke sind linsen-, thaler-, flachhandgross und noch grösser, manchmal ringförmig, flach oder erhaben und infiltrirt — letzteres, wenn die Quaddel selbst zugleich lange persistirt — Urticaria perstans, kurz sie entsprechen ganz und gar der Polymorphie der Urticaria. Nach Jahren sistiren die Nesselausbrüche und können auch die Pigmente schwinden. In vielen Fällen hat die Erkrankung bis in das neunte bis zehnte Lebensjahr, in einem Falle von Lewinsky bis ins neunzehnte Jahr angedauert.

Der vorgestellte Fall betraf ein $13^1/_2$jähriges Mädchen. Sie ist ein Kind wohlhabender Eltern, brünett, demnach zu Pigmentose disponirt. Sie hat, nach Mittheilungen ihres Ordinarius, vor drei Jahren Scarlatina und Morb. Br. durchgemacht und vor $1^1/_2$ Jahren menstruirt. Ihr gegenwärtiges Uebel hat vor $^3/_4$ Jahren begonnen. Es entstanden rothe erhabene Flecke an den verschiedensten Stellen des Körpers und den Flecken folgten dunkle, persistirende Pigmentirungen. Am Tage der Demonstration sah man Halsregion und die Gelenksbeugen meist diffus kaffeebraun, sonst am Stamm und an den Ertremitäten linsen-, fingernagelgrosse und grössere solche Flecke. Dazwischen ebenso grosse lebhaft rothe, etwas erhabene Flecke, das sind der Jüngstzeit angehörende Urticaria-Quaddeln, seltener solche



Streifen. Es ist darnach kein Zweifel, dass dies einen Fall von Urticaria pigmentosa vorstellt. Auch verhält sich die Haut des Mädchens gegen mechanische Insulte, Strich und Druck, wie die anderer Urticariakranker, indem sie auf solche Insulte sofort im Sinne einer Quaddelerscheinung reagirt.

Das Wesen des Processes besteht darin, dass die feinsten Blutgefässchen und Capillaren, die bei Urticaria, wie bei den verwandten Processen (Erythema) paretisch und nicht nur für Serum, sondern auch für rothe Blutkörperchen und Hämatin über Norm durchgängig werden, diesen Zustand in höherem Masse und in dauernder Weise beibehalten und dass in den in Rede stehenden Fällen diese Permeabilität für rothe Blutkörperchen und die Einlagerung von Blutkörperchen und deren Derivat, Pigmentkörnchen in das Corium bedeutender ist, als gewöhnlich; endlich dass die Aufsaugung der letzteren ausserordentlich träge erfolgt.

Pick hat in einem Falle Hämorrhagien mikroskopisch nachgewiesen. Bei dem Allen muss aber eine besondere individuelle Disposition angenommen werden, welche erstens die besondere Trägheit in der Restitution des einmal alterirten Gefässtonus bedingt, und zweitens die zögernde Resorption des ausgetretenen Serums, d. i. die Persistenz der einzelnen Quaddeln — Urticaria perstans — sowie die noch trägere Aufsaugung des Pigmentes, d. i. den dauernden Bestand der Pigmentflecke erklärt.

Ich glaube aber annehmen zu dürfen, dass mit der Zeit, wenn auch vielleicht erst in einigen Jahren, die Urticaria bei unserer Kranken sistiren und so auch die Pigmentose schwinden wird.

Bulkley (3) spricht sich gegen die Zusammenfassung all' der Hautkrankheiten, welche Duhring unter der Bezeichnung Dermatitis herpetiformis verstehen will, aus und kommt zu folgendem Resumé:

1. Es gibt Erkrankungen der Haut, welche zufolge der Eigenthümlichkeit der Läsionen und des Verlaufes keiner der wohlbekannten Hautkrankheiten zugerechnet werden können.

2. Es ist wahrscheinlich, dass mit fortschreitender Kenntniss eine Reihe von neuen Hautkrankheiten isolirt und beschrieben werden, welche bis heute als anormale Verlaufsweisen bekannter Hautaffectionen angesehen werden.





3. Einige dieser besonderen Fälle bieten grosse Multiformität ihrer Läsionen und ihres Verlaufes dar.

4. Während wir die „Dermatitis herpetiformis“ nicht als distincte Hautkrankheit anzuerkennen vermögen, so ist doch genügend Grund vorhanden einige der einbezogenen Fälle, welche Jucken, Brennen, darbieten, und Multiformität, Recidiven und grosse Hartnäckigkeit aufweisen, in einer Gruppe zu vereinigen.

5. Das sogenannte „herpetische“ Element ist so wenig hervortretend und von so unbestimmtem Charakter, dass der Ausdruck „Dermatitis pruriginosa“ besser den klinischen und pathologischen Charakter der Affectionen ausdrücken würde.

6. In der Zusammenfassung dieser polymorphen juckenden Eruptionen, liegt aber die Gefahr der Nichtbeachtung des speciellen Charakters und der ätiologischen Verhältnisse jeder einzelnen — und des Fehlgreifens in der Therapie. Jarisch.

Taylor (4) sah bei einem 29jährigen Trinker, welcher mit Bright'scher Niere und Herzaffection behaftet in Behandlung kam, hinter dem rechten Ohre eine herpesähnliche Eruption, welche sich innerhalb 24 Stunden über das Gesicht und den Nacken ausbreitete. Die ursprünglichen Bläschen wandelten sich sehr rasch zu Blasen um; die getroffenen Partien zeigten intensive Schwellung. Die Peripherie der befallenen Partien hinter der Clavicula und über dem Sternum erschien scharf begrenzt. Am zweiten Tage des Bestandes der Hauteruption kam es auch an beiden Händen zur Eruption namhafter Bläschen und Blasen, welche mit heftigem Brennen einherging. Die Affection gelangte innerhalb acht Tage zur Involution.

In Ermangelung eines besseren Namens stellte Taylor die Diagnose Hydroa bulleux und erörtert deren Verwandtschaft zur Dermatitis herpetif. von Duhring.

Morrow (5). Ein mit Paraplegie behafteter, 50 Jahre alter Mann, zeigte, nachdem sich schon in den ersten Tagen des Jodgebrauches Erythem des Gesichtes und Bläschenbildung eingestellt hatte, nach der Einnahme von 900 Gran Jodkali folgende Erkrankung der Haut: Die Haut der Stirne und des Gesichtes hellroth und intensiv geschwellt, so dass die natürlichen Linien in tiefe Furchen umgewandelt sind; die Augenlider intensiv geschwellt, gestatten nicht das Oeffnen der Augen, facies leonina. Gesicht und Stirne überdies mit einer grossen Zahl von Bläschen oder Pusteln und Krusten besetzt. Die Affection ist an der Haaresgrenze scharf abgegrenzt, greift



aber auf den Hals und Nacken über. Beide Ohren intensiv geschwellt, theilweise mit blutigen Krusten besetzt. Ueber beiden Händen und dem Handwurzelgelenk erschien die Haut geschwellt, geröthet und mit einer Zahl kleinerer oder grösserer aus Confluenz hervorgegangener Blasen mit serös blutigem Inhalt besetzt. Die Haut des übrigen Körpers zeigt keinerlei Veränderungen. Die Schleimhaut des Mundes und Rachens intensiv roth. Der Kranke zeigt tiefe Prostation und Somnolenz.

Im weiteren Verlaufe zeigte sich Rückbildung der geschilderten Erscheinungen, doch trat nach fünfwöchentlicher Beobachtung und nachdem jede Spur der Hautaffection geschwunden war, der Tod ein. — Die Section ergab: Insufficienz der Mitralis, Atheromatosis, Lungenödem, Schwielen in beiden Lungenspitzen, die Nieren kleiner und von lichterer Farbe, von vermehrter Consistenz, granulirter Oberfläche mit fest haftender Kapsel. Leber und Milz normal. Nach einer klinischen Studie, welcher der Autor die eigene Beobachtung und jene Ricord's, O'Reilly's, Hyde's, Besnier's u. A. zu Grunde legt, kommt er zu folgendem Resumé:

1. Die bullöse Form des Jodexanthems ist relativ selten.

2. Der Sitz desselben ist mit Vorliebe Gesicht, Nacken, Vorderarme und Hände — ausnahmsweise der Stamm und die unteren Extremitäten.

3. Es scheint keine bestimmte Bezeichnung zwischen der Grösse der Dosis und der Eruption zu bestehen; diese erscheint einmal nach einer einzigen kleinen Dose, das andere Mal nur nach lang fortgesetztem Gebrauche grosser Dosen.

4. In ersterem Falle liegt eine Idiosynkrasie vor, im letzteren ist die Pathogenese noch dunkel.

5. Die Häufigkeit, mit welcher diese Affection bei Herz- und Nierenkranken auftritt, spricht mehr dafür, dass in diesem eine bestimmende Ursache, als zufällige Coincidenz vorliegt.

6. Aus letzterem Grunde ist Vorsicht im Gebrauche des Jodkaliums bei Herz- und Nierenkranken geboten. Jarisch.

An Neumann's Vortrag über Pemphigus foliaceus vegetans, ausführlich mitgetheilt in dieser Vierteljahresschrift 1886, II. Heft, knüpfte sich folgende Discussion (6):





Riehl berichtet über drei ähnliche Fälle (vide Med. Jahrbücher 1885. Zur Kenntniss des Pemphigus).

Bezüglich der von Neumann mitgetheilten Rückenmarksveränderungen ist R. der Ansicht, dass dieselben — wenn sie überhaupt als pathologisch anzusehen sind — mit dem Pemphigus in keinem causalen Zusammenhange stehen, da ein von ihm untersuchtes Rückenmark eines ähnlichen Falles keine pathologischen Veränderungen aufwies.

Die Papillome entstehen in diesen Fällen auf zweifache Art entweder durch Bildung wuchernder Granulationen, auf lange wund gewesenen Stellen, wie dies auch bei anderen Dermatitisformen beobachtet wird, oder durch Wucherung des Rete Malpighii nach der Ueberhäutung (vide Med. Jahrb.).

Kaposi hat zwölf bis fünfzehn ähnliche Fälle gesehen, und spricht sich gegen die Abtrennung des Pemph. vegetans als eigene Form aus, da er Uebergangsformen beobachtet hat. Die Prognose der Fälle sei nicht absolut infaust, bei frühem Auftreten der Wucherungen enden sie allerdings letal. Die Beziehung zwischen Rückenmark und Hautaffection hält K. nicht für haltbar.

Neumann spricht sich dafür aus, dass eine Form klinisch abgetrennt werde, wegen der hervorstechenden Symptome und des ungünstigen Verlaufes.

Auf Riehl's Erklärung erwiedert N.: Trotzdem der vitale Vergang im Rete zweifellos ein beträchtlicher ist, sei doch die Bildung vergrösserter Papillen das Primäre, was man daraus ersehen könne, dass die Capillarschlingen vergrössert und erweitert seien, die Cutis geschwellt sei auch an solchen Stellen, an welchen die ganze Epidermis fehle.

Die Befunde im Rückenmarke seien klinisch und anatomisch constatirt.

Ehrmann glaubt, dass es unentschieden bleiben müsse, ob die Veränderungen im Rückenmarke Ursache oder Folge der Hautaffection sind.

22. Jänner. Dr. Zemann erklärt die Ehrmann'schen Befunde für unrichtig und will, dass in aller Form zu Protokoll genommen werde, dass er bei dieser Sache seinen Namen nicht mit genannt wissen wolle.

Z. demonstrirt mikroskopische Präparate von beiden Fällen, in dem einen Falle ein völlig normales, im anderen durch postmortale arteficielle Läsion central erweichtes Rückenmark.

In dem letzteren Falle war bei der Obduction der mikroskopische Befund durch die centrale Höhlenbildung ein auffälliger, bei der nachträglichen histologischen Untersuchung habe Z. gefunden, dass die centrale Erweichung eine arteficielle sei. — Im Protokoll laute die Beschreibung des Rückenmarkes: Die Medulla im Allgemeinen weicher, besonders im Lendenmarke. Auf dem Querschnitte ist ein leichtes Einsinken der etwas gelblich verfärbten Medullaris bemerkbar. Diagnose: Pemphigus foliaceus. Marasmus. Neumann erklärt, dass er die Verantwortung für den klinischen Theil der Beobachtungen und für den mikroskopischen Befund an der Haut übernehme. Der mikroskopische Befund am Rückenmarke rühre von Dr. Ehrmann her und sei von Prof. Exner gebilligt worden.

29. Jänner wurde ein Brief Neumann's verlesen, worin N. auf Wunsch Exner's erklärt, er habe sich nunmehr überzeugt, dass Exner der ganzen Frage ferne gestanden sei. N. selbst habe nur auf Grund der ihm von Ehrmann gemachten Mittheilung Professor Exner namhaft gemacht und Ehrmann werde alles zur Klärung der Angelegenheit Erforderliche später selbst beibringen. Riehl.

Sabin (7) beobachtete eine Frau, bei welcher sich im Wochenbett wiederholt das Auftreten von Pemphigusblasen eingestellt hatte und welche zum letzten Male im Jahre 1879 sowohl während der Schwangerschaft, als im Wochenbette von der Hautaffection befallen wurde. Es hatte sich ein Morbus Brighti entwickelt, an dem sie im Jahre 1885 starb. Jarisch.

Molènes (8) bespricht die Erscheinungen, welche durch Gebrauch der Arnicatinctur in Form von Umschlägen etc. hervorgerufen werden.

Auch in Frankreich ist die Arnica montana als Hausmittel sehr beliebt, und namentlich bei Contusionen, Excoriationen etc. viel gebraucht. Das Mittel ist unter verschiedenen Namen bekannt, so als: Betoine des montagnes, Souci, Plantin des Alpes, Tabac des montagnes, Quinquine des pauvres etc. Der innerliche Gebrauch der Arnica (resp. ihres Alcaloid's des Arnicin) (Chevallier et Lassaigne u. W. Bastiek) der früher sehr verbreitet war, ist fast überall aufgegeben worden: Trotz der energischen Verwahrungen gegen diese Anwendung der



Arnica von Seite deutscher, amerikanischer etc. Aerzte, ist in Frankreich noch von keiner Seite vor der Arnica gewarnt worden. So erwähnt Bazin in seiner Abhandlung über die arteficiellen Hautaffectionen die Arnica gar nicht, und stimmen Besnier und Doyon den Urtheilen Hebra's und Kaposi's über die Arnica nicht völlig bei.

Auf Grund einiger eigener Beobachtungen und solcher von James White gibt M. eine Beschreibung der bekannten Erscheinungen der Arnica-Dermatitis, erwähnt, dass das Bild sich von dem eines Eczems nicht unterscheidet und, dass Ausbreitung der Dermatitis auf entfernt liegende (nicht mit Arnica behandelte) Hautpartie erfolgen kann.

M. erwähnt auch, dass nicht Jedermann gleiche Empfindlichkeit gegenüber der Arnica besitze, und glaubt, dass zunächst die arthritischen Individuen prädisponirt sind. Riehl.

Vidal (9) bespricht in dieser Abhandlung, die seinem Lehrbuche der Hautkrankheiten entnommen ist, den Lichen, dessen Begriff er insofern weiter fasst, als er auch die Prurigo, die „nichts ist als ein Lichen mit grösseren Knötchen" unter den Begriff des Lichen reiht.

Er unterscheidet zwei grosse Classen:

I. Lichen simplex;

II. Lichen polymorphus.

Erstere kann wieder acut oder chronisch und diese beiden Unterarten wieder partiell oder allgemein sein.

I. Der Lichen simplex acutus umfasst den Lichen simplex, Lichen lividus und den Strophulus, mit Ausnahme des Strophulus volatilis, candidus und albus, die zur Urticaria gehören, sowie mit Anschluss des grossknolligen und grossblasigen Strophulus varicelliformis der Kinder, den Verf. den multiformen Erythemen anreiht.

Dem Lichen chronicus reiht Verf. die hartnäckigen Fälle von Prurigo sowie die chronischen Formen des Lichen simplex diffusus unter, während zu den partiellen Formen der Lichen circumscriptus, und gyratus des Nackens, der Nates, oft mit periodischer Wiederkehr, etc. gehört. Alle diese Formen werden von den fremden Dermatologen nur als Eczeme betrachtet.

II. Der Lichen polymorphus oder multiformis entspricht dem Lichen agrius oder der Prurigo agria älterer Autoren, der Prurigo Hebra's.



Er zerfällt in:

a) Lichen polymorphus mitis, wohin Verf. die hartnäckigen oft professionellen Lichenformen, so die Bäckerkrätze etc. zählt;

b) Lichen polymorphus ferox, hierher zählt Verf. den Lichen scrophulosorum.

Diese einzelnen Formen werden zunächst klinisch besprochen. Hierauf folgt eine kurze Besprechung ihrer pathologischen Anatomie, wobei Verf. die diesbezügliche Gleichheit der Knötchen des Lichen und Prurigo betont. Die Aetiologie recurrirt insbesondere auf constitutionelle Verhältnisse, so fände sich Prurigo bei den typisch „nervösen" Individuen, andere Formen, besonders des Lichen chronicus polymorphus circumscriptus bei Arthritikern, bei denen sie mit Bronchitis, Asthma, Neuralgien und rheumatischen Schmerzen alterniren.

Neben dieser constitutionellen Prädisposition spielen örtliche Reize die Rolle, die Eruption zu provociren.

Die Prognose richtet sich nach Form und Intensität. Die Therapie ist eine allgemeine, insbesondere mit Arsenpräparaten und eine locale. Letztere wird nach den einzelnen Formen ausführlich besprochen und möge im Original nachgesehen werden. Finger.

Touton (10) beschreibt einen Fall von Lichen ruber planus, in dem einmal das primäre, hochgradige, zu Schwartenbildung an den Beugeseiten der Hände und Füsse führende Befallensein der Hände und Füsse nicht gewöhnlich ist. Ferner tritt der Fall als zweiundzwanzigster zu den bisher beschriebenen Erkrankungen der Schleimhaut der Mundhöhle bei L. r. planus. Es fanden sich an der Schleimhaut beider Wangen confluirte und isolirte, weisse, rundliche Plaques mit hirsekorngrossen, etwas zugespitzten Knötchen, derb und rauh, stellenweise von tiefen Furchen durchzogen; die Umgebung stärker geröthet. Weder narbenähnliche Stellen zwischen den Plaques noch Erosionen um dieselben vorhanden. Das gleiche Bild an den Lippen und am Zahnfleisch: an der Zunge nur weisse, vollständig im Niveau des Gesunden gelegene Flecke oder Striche. — Touton hat rasche Wirkung erzielt durch Combination der innerlichen Darreichung des Arseniks und der Anwendung von Unna's Carbolsublimatsalbe (Sublimat 0·5; Acid. carbol. 20·0; Ungt. vaselini plumb. 500·0). Wenn die guten Resultate Unna's bei alleiniger Anwen-

dung der Salbe sich alle auf den L. r. acuminaus bezogen, so hat Touton ausser dem mitgetheilten noch in einem anderen Falle von L. r planus, der ohne Schleimhautaffection verlief, durch die Salbenanwendung zweifellos schnellere Involution der Knötchen und schnelles Schwinden des intensiven Juckens erzielt. Uebrigens kamen in dem letzteren Falle, in dem die zuerst vorhandenen Knötchen in circa vierzehn Tagen nahezu vollständig verschwunden waren, trotz consequenter Anwendung der äusserlichen und innerlichen Behandlung noch einige, wenn auch recht unbedeutende Nachschübe zur Beobachtung. Caspary.

Musser (11) berichtet über einen Fall von localer Asphyxie und einen Fall von Gangrän im Verlaufe von Diabetes mellitus.

Die erstere Affection betraf ein männliches Individuum, welches seit der frühesten Jugend grosse Geneigtheit zum Erröthen, Empfindlichkeit gegen Kälte und Frostbeulen zeigte. Vor fünf Jahren erkrankte er an Intermittens, welcher von Schwindelanfällen gefolgt war, die aber in einigen Monaten wieder vorüber gingen. Diese Anfälle schwanden allmälig im Laufe eines Jahres und der Kranke bot keinerlei Erscheinungen, bis er im Mai 1885 genöthigt war, viel mit Eis zu manipuliren, bei welcher Gelegenheit ihm ein schweres Stück Eis auf die linke Flachhand fiel und eine leichte Quetschung hervorrief. Fünf Tage darauf wurde seine linke Hand plötzlich weiss und kalt, kraftlos und der Sitz von Schmerzen.

Gleichzeitig stellte sich auch Prickeln und Taubheit der rechten Hand ein, welch letztere Erscheinungen sich aber im Laufe einer Woche wieder verloren. In der linken Hand blieben aber lancinirende Schmerzen permanent und störten die Nachtruhe. Nichtsdestoweniger setzte der Kranke seine Arbeit, wenngleich behindert, fort. Fünf Wochen nach dem Trauma wurde der Kranke durch einen heftigen Schmerz in der Hand aufgeweckt und fand die Farbe derselben in ein dunkles Roth umgewandelt. Die Schmerzen strahlten entlang der Brachial-Arterie aus.

Als sich der Kranke zum ersten Male vorstellte, fand M. Hand und Vorderarm bis zum Ellbogengelenk sehr kalt, den Handrücken dunkelroth, die einzelnen Finger verschieden tiefblau. Die letzte Phalange des Zeigefingers ist blauschwarz und zeigt einen bohnengrossen Brandschorf, dessen Umgebung unregelmässig und stark geröthet erscheint. Der Vorderarm vom Handgelenke bis zum Ellbogen intensiv roth. Heftige Schmerzen in den Fingerspitzen, sowohl spontan, als auf Berührung. Während der Untersuchung ändert sich die cyanotische Färbung der Hand, es erscheint eine tiefe Blässe, welche sich nach fünf Minuten wieder verliert, um der ursprünglichen Farbe Platz zu machen.



Dieser Wechsel vollzieht sich vier oder fünfmal des Tages. Sensibilität erhalten. Radialpuls fehlend, Brachial- und Axillarpuls kaum zu fühlen. Die Behandlung bestand in täglicher Anwendung des faradischen Stromes in der Verabreichung von $^1/_{400}$ Gran Nitroglycerin dreimal täglich und von Morphin während der Nacht.

Im weiteren Verlaufe stellte sich noch an verschiedenen Stellen des Mittel-, Ring- und kleinen Fingers oberflächliche Brandschorfbildung ein. Am Zeigefinger betraf die trockene Gangrän die ganze erste Phalanx, welche schliesslich auf chirurgischem Wege entfernt wurde. Nach der Operation schwanden die Schmerzen und die Cyanose der Hand.

Die Plötzlichkeit des Auftretens der Erscheinungen in diesem Falle der Mangel des Radialpulses scheinen dem Autor für eine arterielle Thrombose zu sprechen, deren Ursache allerdings dunkel ist. Es sei möglich, dass durch das Trauma, oder selbst durch die Kälte eine Arteriitis hervorgerufen worden sei, welche zur Thrombusbildung führte. Aller Wahrscheinlichkeit nach sei die Gangrän durch Gefässobliteration, gesteigert indess durch die locale Asphyxie, hervorgerufen worden.

Der Fall von Gangrän im Verlaufe von Diabetes mellitus betraf eine Frau von 35 Jahren, welche sich eine leichte Schnittwunde über dem zweiten Interphalangealgelenke des kleinen Fingers beigebracht hatte, welche wenig blutete und bald vergessen war. In einigen Tagen bildete sich Verfärbung der zweiten und dritten Phalanx aus und es kam zur trockenen Gangrän, derzufolge dieselben abgestossen wurden. Jarisch.

Abott's (12) Fall von Myxödem betraf eine 42 Jahre alte, in keiner Richtung hereditär belastete Arbeitsfrau, welche vor dreizehn Jahren Blattern durchgemacht und seit jener Zeit sich niemals wohl fühlte. Mit 15 Jahren verheirathet, gebar sie acht Kinder und hatte nach dem vierten Kinde zwei Fehlgeburten. Die gegenwärtige Krankheit scheint nach der Geburt des letzten Kindes vor sieben Jahren aufgetreten zu sein, doch ist der Autor geneigt, dieselbe auf vor zehn Jahren vorausgegangene, durch Krankheit in der Familie bedingte Sorgen zu beziehen. Die Kranke ist nicht im Stande anzugeben, wo sich die ersten Erscheinungen eingestellt haben. Die Gesichtszüge sind ausdruckslos, die Lippen breit und hängend, die Augenlider geschwellt, ohne dass Druck eine Einsenkung hinterliesse. Die Gesichtsfarbe fahl und wachsähnlich, an jeder Wange Röthung, die Lippen roth, Rachengebilde durchscheinend, die Zunge grösser. Die Sprache ist charakteristisch, sie ist langsamer aber deutlich. Die Schwellung ist mehr ausgeprägt am Gesichte und an den Händen; die Haut trocken und rauh, Haarausfall. Die Schilddrüse ist atrophisch. Gefühl-



und Schmerzempfindung herabgemindert. Es ist keinerlei Lähmung vorhanden, aber die Patientin schwankt beim Gehen. Langsamkeit im Drehen, Gereiztheit, Gedächtnissschwäche, Deglutition zeitweilig erschwert, die meisten Zähne ausgefallen. Die Behandlung wies keinerlei Erfolg auf. Jarisch.

## Bildungsanomalien.

(Hypoplasien, Hyperplasien, Paraplasien der Epidermis und Cutis.)

1. **Morison.** Ein Fall von Tylosis der Hände. — Journ. of cut. and ven. dis. 1886, Jänner.
2. **Behrend** Gustav. Ueber Knotenbildung am Haarschaft. — Virch. Arch. Bd. 103.
3. **Léloir.** Behandlung der Melanodermie. — Journ. de connais. méd. 1886, Juli.
4. **Riehl.** Zur Pathologie des Morbus Addison. — Zeitschr. f. klin. Med. Bd. X, 5 und 6.
5. **Lewin.** Ueber locale Gewerbe-Argyrie. — Berliner klin. Wochenschr. 1886, Nr. 26, 27.
6. **Blaschko.** Ueber das Vorkommen von metallischem Silber in der Haut von Silberarbeitern. — Monatsh. für prakt. Dermatol. 1886, 5.
7. **Kaposi.** Xeroderma pigmentosum. — Anzeiger der Ges. der Aerzte in Wien. 1886, Nr. 9.
8. **Dunn.** Eine bemerkenswerthe Neubildung der Haut. — Journ. of cut. and ven. dis. Mai 1886.
9. **Hardaway.** Ueber Behandlung des Keloids und hypertrophischer Narben mittelst Elektrolyse. — Philadelphia med. Times. Mai 1886.

Morison (1) beobachtete bei einem Neger, welcher durch zehn Jahre auf einem Dampfboote als Heizer beschäftigt war, dass es in Folge der Arbeit des Kohlenschaufelns und, wie M. meint, unter Concurrenz der Hitze zu einer ungewöhnlichen Form dieser Hautaffection kam.

An der linken Hand waren alle Finger afficirt. Bei zweien fehlte die dritte Phalanx, während die Nägel der übrigen bereits abgängig waren. Die Finger, welche der dritten Phalanx verlustig waren, präsentirten sich an ihrer Spitze wie die Schnittfläche eines Zwiebels; mächtige concentrische Epidermislagen schlossen das scharfe Ende eines Knochenfragments ein; vor wenigen Tagen hatte sich Patient selbst ein Knochenstück extrahirt, ohne vorher oder nachher die geringsten Schmerzen zu empfinden; er setzte vielmehr seine Arbeit fort. An der Palma manus waren ebenfalls mehrere schwielige Stellen. An der inneren Fläche des linken Daumens präsentirte sich ein schmerzloses, granulirendes Geschwür. Solche Geschwürsbildung war schon wiederholt an schwieligen Stellen eingetreten, um endlich wieder zur



Schwielenbildung zu führen. Im weiteren Verlaufe führte das Geschwür am Daumen zur Bloslegung des Knochens. Nachdem der Kranke zwei Monate bei der Arbeit Kautschukhandschuhe getragen und eine 5percentige Salicyl-Vaselinsalbe gebraucht hatte, war die Affection, bis auf die verkürzten Finger, spurlos geschwunden. Jarisch.

Unter Vorzeigung mehrerer ihm zugeschickter Haare mit seltener Knotenbildung sprach Behrend (2) (in der Berl. med. Ges. am 18. Februar 1885) über Knotenbildung am Haare, die er in zwei Gruppen eintheilte: Dem Haarschafte selbst angehörige und durch Umlagerung fremder Substanzen entstandene. Zu der ersten Form gehören ausser den wirklichen Schürzknoten, in deren Schlinge sich Federn, Baumwollfasern und anderes fangen können, die Trichorrhexis nodosa (Beigel, Kaposi), die Ringelhaare (Karsch, Landois) und eine bisher in vier Fällen (Smith, M. C. Anderson, Luce Lesser) beschriebene, von dem Vortragenden Aplasia pilorum intermittens s. moniliformis (von monile = Halsband) benannte Form. Von dieser letzteren Art sind einige — in beiden Fällen identische — Haare durch Smith und Anderson an Behrend eingeschickt worden. Gegenüber der Trichorrhexis nodosa und den vielleicht identischen Ringelhaaren, in denen beiden die Knoten die krankhaft veränderten, brüchigen, dort pinselförmig zerfaserten, hier abnorm lufterfüllten Haartheile darstellen, zeigen sich bei der internen Aplasie die Internodien brüchig, in Pigment, Rindensubstanz, Markkanal beeinträchtigt oder deren verlustig. Während die ungleichmässig vertheilten Knoten bei jenen beiden Formen stets erst in einiger Entfernung von der Hautoberfläche auftreten, also erst an dem fertig gebildeten Haare sich entwickeln, reichen Nodien und Internodien in gleichmässigen Abständen an den Behrend zugeschickten Haaren bis zum Follikel herab, und nach den Beobachtungen von Luce entwickelt sich die Haaranomalie schon in der Tiefe des Follikels. Von den Knotenbildungen, die durch Anlagerung fremder Massen zu Stande kommen, interessirt die Piedra: harte trockene Knoten am Haarschafte, die bei Frauen Columbiens an dem Kopfhaar beobachtet sind, und wohl zweifellos aus Ansiedlungen von Fadenpilzen bestehen, die durch vertrocknende Oele, durch Staub u. A so feste Beschaffenheit erhalten haben. B. erinnert an den seiner Zeit viel genannten Chignonpilz, der vielleicht der Piedra identisch sei; in einer Beobachtung von Martin-Buhl an den durch Pilze brüchig gemachten Haaren einer



kleinen Typhus-Reconvalescentin, an die durch Pick, Waldeyer beschriebenen Mikrococcenhaufen an den Achselhaaren vieler Menschen. B., der die letzteren weiter studirte, fand unter Anwendung einer Paul Heckmann'schen Doppelfärbung mit Fuchsin-Methylenblau die Knötchen als nur Mikrophytenmassen darstellend, diese nie in das Innere des Haares eindringend, wohl immer erst nach Ablösungen von Cuticularschuppen angesiedelt. Jedenfalls gutartige Ansiedler, die auch sonst, so bei manchen Formen der Alopecie vorkommen mögen, ohne deren Ursache zu sein. Caspary.

Léloir (3) äussert sich über die Behandlung der Melanodermie folgendermassen: Unter den vielen gebräuchlichen Mitteln zur Beseitigung verunstaltender Pigmentflecke nimmt das zuerst von Hardy empfohlene Sublimat bisher den ersten Rang ein.

Das Präparat kann aber häufig genug wegen seiner stark reizenden und giftigen Eigenschaften in der Praxis nicht in Anwendung gebracht werden, überdies lässt es manchmal im Stiche.

Seit ungefähr zwei Jahren verwendet nun L. Chrysarobin mit bestem Erfolge, da es einerseits constant wirkt, andererseits oft viel rascher zum Ziele führt als alle anderen Medicamente.

Ausser Chloasmen etc. hat L. in einigen Fällen Naevi entfernt. Das Verfahren ist das gleiche wie bei Psoriasis. Die zu entfärbende Stelle wird zunächst mit Seife gereinigt, hierauf mehrmals mit einer Mischung von 15 Th. Chrysarobin und 100 Th. Chloroform bestrichen. Ueber die eingetrocknete Chrysarobinschichte wird eine Lage Traumaticin gepinselt. Die Application wird nach dem Abfallen erneuert. Bei tiefer sitzenden Pigmentirungen wirkt die Methode nicht entfärbend; sie empfiehlt sich aber in allen Fällen von in der Epidermis liegender Pigmentanhäufung. Riehl.

Riehl (4) hat an der Haut von vier Leichen, deren andere Organe auch noch in zwei Fällen untersucht werden konnten, die Frage nach Ort und Herkunft des Bronzed-Skin-Pigments studirt. (Cf. Nothnagel's Arbeit refer. dieses Arch. 1886 S. 97.) In allen vier Fällen fand sich das Pigment in der Haut in völlig übereinstimmender Weise angeordnet. An den braunen Hautstellen war das Protoplasma der Basalzellen mit feinkörnigem Pigment versehen, das meistens in der dem Kerne zunächst liegenden Zone dichter gelagert erschien, bei immer pigmentfreiem Kerne. Das Pigment nahm

bis gegen die nur an wenigen Stellen noch Pigment führende Hornschicht immer mehr ab, in den intercellulären Räumen des Rete Malpighii fand sich keine. In der Papillarschichte fanden sich auffallend zahlreiche pigmenthaltige Zellen, zuerst in den Adventitien und dem benachbarten Bindegewebe gelegen. Im eigentlichen Cutisgewebe fanden sich Pigmentzellen in grösserer Zahl nur rings um die senkrecht aufsteigenden Gefässbündel; dagegen waren sie wieder zahlreicher in der Nähe des tiefen Gefässnetzes der Cutis vorhanden. An wenig oder nicht auffallend verfärbten Hauttheilen fanden sich derartige Zellen in weitaus geringer Zahl, nur an der Flachhand fehlen sie gänzlich. Wesentlich verändert waren die Blutgefässwandungen an den pigmentirten Theilen der Cutis. Die Adventitia fast aller Gefässe, am deutlichsten derer im Stratum vasc. subpapillare, waren mit zahlreichen Zellen erfüllt, welche die Charaktere der Leukocythen, oder leicht spindelförmige Gestalt zeigten. Die Media der grösseren Arterienstämmchen war in vielen Stellen verdickt, die musculösen Elemente wie gequollen, feinkörnig, getrübt, undeutlich abgegrenzt; die Intima unverändert. Häufig fanden sich in der Umgebung grösserer Gefässchen Hämorrhagien verschiedener Grösse und verschiedenen Alters, wobei die reichen Blutzellen noch unversehrt, oder in der Rückbildung erschienen. Niemals schollige oder krümlige Massen von freiem Blutpigment; dagegen regelmässig in der Nähe der hämorrhagischen Herde, oder in diesen selbst, mehr weniger stark braun tingirte Cutiszellen, in denen weder rothe Blutkörperchen noch erkennbare Theile derselben sichtbar waren. An mehreren Stellen war das Lumen von Arterien, oder Venen durch Thromben völlig, oder theilweise ausgefüllt und damit jedesmal Erkrankung der Wandungen, fast immer auch Hämorrhagie in der Adventitia verbunden. Riehl hält es somit für erwiesen, dass das Pigment des Morb. Adisonii aus dem Blute stamme, und dass geformte Theile den Blutfarbstoff durch die erkrankten Gefässwände in das Cutisgewebe bringen. Der grösste Theil des von den Cutiszellen aufgenommenen Farbstoffes wird offenbar allmälig an die Retezellen abgegeben und schliesslich nach aussen abgestossen; ein Theil des Pigmentes scheint nach dem in zwei Fällen constatirten Befunde von pigmenthaltigen Zellen in Lymphdrüsen, welche die Lymphbahnen der Haut aufnehmen, auf dem Wege der Lymphbahnen die Haut zu verlassen. Da die Gefässveränderungen an der ganzen Cutis und in der Mehrzahl der inneren Organe in

gleicher Weise vorhanden, so ist Riehl geneigt anzunehmen, dass die seltenen Thromben der Gefässe — ausser in der Haut nur noch in der Nierenkapsel eines Falles gefunden — nicht primär entstanden seien in Folge von Blutveränderungen oder gestörter Circulationsverhältnisse. Er möchte die von ihm constatirten Veränderungen der Gefässwände für die durch die Krankheit zunächst bedingten Erscheinung halten, der secundäre Thrombosirung und Hämorrhagien folgen.

Caspary.

Lewin (5). Durch den Befund eigenthümlicher, von syphilitischen Exanthemen exquisit unterschiedener, hell bis tief gesättigt blauer Flecke verschiedener Form und Grösse an der linken Hand eines Luetischen, und durch die zufällige spätere Angabe des Patienten, dass er vor sechs Jahren Silberarbeiter gewesen sei, auf den Verdacht einer localen Gewerbe-Argyrie gebracht, liess L. circa 700 Arbeiter der Silberfabriken Berlins auf die gleiche Affection hin untersuchen und fand seine Vermuthung bei der überwiegenden Mehrzahl derselben bestätigt. Der Sitz der Flecke ist meist die linke Hand und ihre Finger, selten Unterarm und Gesicht. Ueber den Beginn der Verfärbung, die Dauer der Affection, ihre etwaigen Veränderungen im Laufe der Zeit ist seitens der Befallenen Sicheres kaum zu eruiren gewesen. Bei Neusilber-, Gold- und Kupferarbeitern wurde die Verfärbung vermisst. Die Affection hat nach L. besonderes Interesse als Mittel zur Diagnosticirung und Feststellung der Identität einer Person, ferner in anatomischer und chemischer Hinsicht. Eine chemische Prüfung der Flecke ergab, dass sie aus Silber bestanden. Vorzüglich befallen sind von der Hautverfärbung, die die feineren Arbeiten mittelst Handinstrumente ausführenden Arbeiter.

Nach L. wird das Silber weder durch den Digestions- und Respirationsapparat in Form des Silberstaubes, noch durch die unverletzte Haut aufgenommen (wie von den Metallen das Quecksilber allein), sondern Verletzungen mit spitzen Instrumenten und directes Eindringen von Silbersplittern legen den Grund zu den Flecken. Bei Silberpolirerinnen konnte L., entgegen Olivier's Angabe, keine ähnlichen Veränderungen constatiren.

Den histologischen Befund der excidirten Flecke erläutert L. durch klare Holzschnitte. Der Sitz der Silberniederschläge ist das Corium. Innerhalb des aufgeblähten und gegen das Rete malpighii



durch feinste Silberkörnchen scharf abgegrenzten Papillarkörpers fand L. ein Netzwerk feinerer und gröberer aus Silberkörnchen gebildeter Linien, welche schliesslich in mehr verticaler Richtung in das Bindegewebe des Coriums hinabziehen und dort, ebenfalls vielfach durchkreuzt, ein Maschenwerk mit sternförmigen Knotenpunkten (Lymphsinus) und vorzugsweise horizontalem Verlauf der Linien bildet. Ausser diesen feinsten Silberkörnchen lagen in Flecken jüngeren Datums bisweilen grössere von Blutfarbstoff umgebene Silberpartikel. L. ist geneigt, sich stützend besonders auf Angaben Virchow's und v. Recklinghausen über die Ablagerung von Silber in der Cutis, ein besonderes, aus hohlen elastischen Fasern gebildetes Röhrensystem (Lymphkanäle) innerhalb der Cutis anzunehmen, innerhalb dessen die Ablagerung von Silberkörnchen von Statten gegangen ist. (Frey, welchen L. ebenfalls als Autor der Auffassung des Hohlseins der elastischen Fasern des Unterhautgewebes anführt, hat, soviel Ref. aus Stricker's Handbuch der Gewebelehre entnimmt, doch später selbst an der Richtigkeit der Deutung seiner Carminbilder gezweifelt; und v. Wittich konnte wenigstens an elastischen Fasern des Ligamentum nuchae eine Höhlung nicht auffinden.)

Uebrigens betont L. besonders, dass er nur einer gewissen Kategorie von elastischen Fasern einen Kanal zuspricht. Der Anschauung L.'s, dass bei der Argyrie ebenso wie bei der Tätowirung die Ablagerung feinster körperlicher Partikel in einem präexistirenden Kanalsystem und den dieses auskleidenden fixen Bindegewebskörpern (oder etwaigen sonstigen in ihm circulirenden Zellen) erfolgt, pflichtet Ref. bei, doch scheinen ihm die von L. zu Gunsten seiner Theorie angeführten Beweispunkte nicht ausreichend, um daraus auf die Zugehörigkeit dieses Kanalsystems zu einer besonderen Art elastischer Fasern schliessen zu dürfen. Vielmehr spricht einmal die gewöhnlich negative Reaction elastischer Fasern auf Silberbehandlung, der gewundenere, spiralförmigere Verlauf derselben, ferner das Vorkommen eines ganz ähnlichen Kanalsystems in Geweben, die frei sind von elastischen Fasern (Hornhaut), zu Gunsten der Anschauung, dass das von den Silberkörnchen eingenommene Kanalsystem das zwischen den Bindegewebsfasern und -Bündeln sich ausbreitende Saftcanalsystem von Recklinghausen's ist.

(Des letzteren Autors auf Grund künstlicher Injectionen in die

Lymphahnen basirte Lehre wird durch L.'s Präparate, welche eine auf natürlichem Wege zu Stande gekommene Zeichnung des Systems der Saftbahnen im Bindegewebe der Haut demonstriren, vollkommen bestätigt.)

Die in den Saftbahnen der Cutis liegenden, durch Reaction als Argentum nachgewiesenen Körnchen unterscheiden sich sehr wesentlich von den primär in die verletzte Haut eingedrungenen Silberpartikeln. L. nimmt daher an, dass diese letzteren in der Haut zunächst in ein Silbersalz umgewandelt wurden, aus welchen dann durch Reduction die beschriebenen feinsten gleichartigen Körnchen hervorgegangen seien. Diese Umwandlungen finden sehr langsam statt, wie an mehreren Personen angestellte Versuche ergeben haben. Zur Entscheidung der Frage, welches Silbersalz aus dem in die Haut eingeführten Silber entstanden sein könnte, weist L. zunächst auf die Verhältnisse bei der allgemeinen Argyrie nach innerem Gebrauch von Argent. nitr. hin, bei welcher sich das Bild der localen Argyrie ziemlich genau wiederfinde. Er erörtert die bekannten Theorien für die Entstehung der Argyrie und sucht die mechanischen Erklärungen durch mehrfache Gründe zu widerlegen. Das Wahrscheinlichste sei eine Umwandlung des eingeführten Silbers in Silberchlorid oder Silberalbuminat. Dabei müsste aber eine Oxydation des Silbers vorausgegangen sein, welche, wie es scheint, in dem Gewebe der Cutis selbst stattfindet. In welcher Weise diese Oxydation zu Stande komme und wodurch dann später die Reduction zu metallischem Silber bewirkt werde, bleibe vorläufig noch räthselhaft.

Eigenthümlich war es, dass bei dem betreffenden Patienten, der bereits seit sechs Jahren nicht mehr als Silberarbeiter fungirte, nach wenigen subcutanen Sublimatinjectionen die Zahl der blauen Flecke sich vermehrt hatte. Aehnliches konnte auch bei zwei anderen Silberarbeitern constatirt werden. Eine Erklärung für diese Erscheinung vermag Verf. nicht zu geben. Eine besondere reducirende Wirkung des Sublimats auf Silberlösungen konnte nicht nachgewiesen werden. (Eine solche Wirkung des Quecksilberoxydsalzes wäre ja auch theoretisch gar nicht denkbar.) Ortmann.

Blaschko (6) beschreibt, gleich Lewin (5), die durch Eindringen metallischen Silbers in die Haut von Silberarbeitern veranlassten Flecke und fand bei der mikroskopischen Untersuchung solcher an dem Le-




benden entnommenen Hautpartien dem Centrum der Flecke entsprechend, meist von einer bindegewebigen Kapsel umgebene Stücke metallischen Silbers, in deren Umgebung sich eine Anzahl grösserer und kleinerer, auch bei auffallendem Lichte schwarz erscheinender Bröckel befinden. Die benachbarte Cutis leuchtet in den buntesten Farben, unter denen violett und gelbbraun vorwiegen. Die Färbung betrifft vorzugsweise die derben Bindegewebszüge. Zwischen den Bindegewebsbalken zeigt sich ein weitere und regere Maschen bildendes dunkelbraun bis schwarz gefärbtes Netzwerk, das sich als identisch mit dem Baltzer'schen elastischen Fasernetz der Cutis herausstellte. Die Färbung dieses, wie es scheint, sich vielfach aus röhrenförmigen Elementen zusammensetzenden Netzwerkes kommt durch Imprägnirung mit äusserst fein vertheilten Silberpartikelchen zu Stande. Letztere, ebenso wie die im Centrum der Flecke liegenden Silberstücke, zeigen die Reaction des metallischen Silbers, nicht aber die früher erwähnten schwarzen Bröckel, die Blaschko, ohne ein definitives Urtheil abgeben zu wollen, für Schwefelsilber oder für ein aus dem Blutfarbstoff hervorgegangenes Pigment hält. Blaschko's Beobachtung ist nach verschiedenen Richtungen von Interesse, und speciell für die Beurtheilung der normalen Vertheilung der elastischen Fasern in der Haut werthvoll. Lustgarten.

Kaposi (7) demonstrirt zwei Fälle von Xeroderma pigmentosum mit multipler Carcinomatosis.

R. M., eine 59 Jahre alte Frau, mit einer grossen Menge von Sommersprossen ähnlichen Flecken und atrophischen glänzenden Stellen im Gesichte, an den Armen und Unterschenkeln, zeigt im Gesichte mehrere exulcerirende Epitheliomknoten, darunter den grössten papillomartigen am Nasenrücken. Vor acht Jahren war an der Klinik Billroth, vor einigen Wochen von Prof. Weinlechner ein Epitheliom exstirpirt worden.

L., 22 Jahre alter Mann (schon 1882 vorgestellt und beschrieben) zeigt nun mehrere Epitheliome nebst immer grösserem, die Wange perforirendem Geschwür.

Sobald Krebsknoten auftreten, ist die Prognose der Krankheit ungünstig.

Das Wesen der Krankheit liegt nicht in den Pigmentanomalien sondern in der „Atrophisirung". Alle anderen Erscheinungen seien nur Folgen der letzten; daher sei auch der Name Xeroderma pigmentosum beizubehalten. Riehl.

Dunn (8) berichtet über ein ausgedehntes Carcinom der Haut der rechten Brusthälfte, welches bei einem 49jährigen Manne, theils in Form diffuser Infiltration, meistentheils in Form von purpurrothen oder hochrothen Knoten, welche im Umkreise der Brustwarze von drei Zoll Radius meist zu Gruppen angeordnet sassen. Nirgend kam es zur Ulceration. Drüsen in der rechten Axilla mässig geschwellt. Nach siebenmonatlicher Dauer trat der Tod ein. (Cancer en cuirasse bekannte Form. Red.)

Hardaway (9). Angeregt durch die Erfahrung, dass in einem Falle von Hypertrichosis, in welchem durch Einspritzung caustischer Substanzen in und um die Follikel, eine grosse Zahl hypertrophischer Narben erzeugt wurde, dieselben bei der elektrolytischen Behandlung der Hypertrichosis schwanden, nahm bei hypertrophischen Narben die elektrolytische Behandlung vor. Er berichtet über einen Fall eines Narben-Keloids, welches er vor zwei Jahren behandelte. Das Keloid war nach Exstirpation eines Muttermales entstanden und sass unterhalb der rechten Clavicula. Das Verfahren, welches H. in diesem Falle anwandte, bestand darin, dass er „einige Male" die Nadel in das Keloid wie beim Tätowiren einstiess und zuweilen dieselbe in verschiedenen Richtungen an der Basis desselben durchführte. Die Patientin, welche zufolge der Schmerzhaftigkeit des Verfahrens sich nicht wieder vorstellte, kam dem Autor vor Kurzem wieder zu Gesichte; derselbe fand die Stelle, wo das Keloid sass, von einer weichen, weissen, ein wenig erhabenen Narbe eingenommen. Jarisch.

## Parasiten und parasitäre Affectionen.

1. **Grawitz** Paul. Ueber die Parasiten des Soors, des Favus und Herpes tonsurans. Virch. Arch. Bd. 103.

Grawitz (1) unterzieht das von ihm bereits vor zehn Jahren bearbeitete, aber bis heute noch immer strittige Gebiet der Morphologie und Biologie der pflanzlichen Parasiten des Soors, Favus und Herpes tonsurans und ihre Stellung im botanischen System, sich stützend auf die verbesserten bacteriologischen Untersuchungsmethoden der letzten Jahre, einer Revision.

Bezüglich der Morphologie des Soorpilzes constatirt G., dass nahezu alle seit seiner ersten Publication angestellten Cultur-

versuche auf den verschiedensten Nährsubstraten sein damaliges, vermittelst Brefeld'scher Bouillon-Objectträgerculturen erzieltes Resultat bestätigen: dass nämlich hefeartige Sprossungen und lange Fäden an dem Aufbau des Soorpilzes participiren. Das vom Verf. seitdem geübte Gelatine-Plattencultur-Verfahren nach Koch's Methode ergab ihm stets nur eine Wucherform, die Hefecolonie, und scheint ihm dasselbe deshalb im Vergleiche zu dem Brefeld'schen Verfahren auf dem Gebiete der Soor-Züchtung keine Vortheile zu bieten, was Klemperer, der unter Leyden arbeitete, zu bestätigen geneigt ist. G. erkennt die durchschlagende Wichtigkeit der Reincultur nach Koch's Methode für alle Bacterienuntersuchungen unumwunden an, verwahrt sich jedoch gegen die Auffassung, als seien alle auf andere Methoden sich stützende Beobachtungen unzuverlässig. Die aus Frobenius' Laboratorium zu München mitgetheilte Arbeit Stumpf's, welche den Soorpilz als keinen einheitlichen, sondern jede der ihn zusammensetzenden Wuchsformen, die Hefen und die Fadenbildungen, als zwei gesonderte Pilze definirt, ist bereits durch A. Baginsky widerlegt, welcher nach Koch's Methode identische Resultate erhielt wie G. Zwar fand Baginsky auf gewissen festen Nährmedien (Kartoffeln, Brod) übereinstimmend mit den Rees'schen Mohrrübenculturen (1875) nur Hefezellen als Wachsthumsformen; doch zeigten sich in Reagensgläsern mit Gelatine Hefe- und Fadenbildung, erstere mehr oberflächlich (reichliche Sauerstoffzufahrt), letztere in der Tiefe des Impfstückes und ihm entfernt. Abgesehen aber von dieser Bestätigung seiner Resultate durch Baginsky beweist nach Gr. bereits eine seiner ersten Arbeit beigegebene Abbildung (V. A., Bd. 70, Taf. XVIII, Fig. f), zwingend die Zusammengehörigkeit der Hefe- und Fadenform. Ein einfaches Verfahren für Reinculturen des Soorpilzes und zum Beweise seiner doppelten Wuchsform empfiehlt Gr.: Aussaat selbst unreinen Soormaterials auf Platte mit Pflaumendecoct-Gelatine, auf welcher fast nur Hefen aufgehen, Uebertragung solcher auf Reagensgläser mit Fleischextract-Bouillon, in welchen nach wenigen Tagen sich lange Fäden bilden, Rückimpfung dieser auf Gelatineplatten ergibt wiederum nur Hefen. Betreffend die vom Verf. bereits früher beschriebenen und von Kehrer (1883) ebenfalls gefundenen Dauersporen, welche Plaut nicht gesehen haben will, muss auf die Originalarbeiten verwiesen werden.

Die Bestimmung der Stellung des Soorpilzes im botanischen





System überlässt Gr. den Botanikern. Er selbst hat ihn weder mit den Mykodermen (Kahmpilzen) im Allgemeinen, noch mit dem Saccharomyces mycoderma (Bierkahmpilz) speciell identificirt, sondern auf Grund seiner morphologischen und biologischen Verhältnisse in die Reihe der Kahmpilze gestellt, und das von Cienkowsky beschriebene Mykoderma vini wegen der Formähnlichkeit anfangs für identisch mit dem Soorpilz gehalten. Neuerdings nun glaubt Gr., aus Magdeburger Sauerkohl, kahmigem Weissbier und bairischem Bier unter anderen Soorpilzarten das Mykoderma vini (Cienkowsky) gezüchtet zu haben, eine dem Soorpilz sehr ähnliche Art, welcher in diluirten Nährlösungen ebenfalls lange dünne Fäden mit kleinen seitlichen und Endknospen bildet, sich aber durch Bildung einer dichten Kahmhaut von ihm unterscheidet. Dieser Sprosspilz wächst nun nicht im Thierkörper, während der Soorpilz im Glaskörper der vorderen Augenkammer und der Bauchhöhle von Kaninchen gedeiht (Grawitz, Klemperer). Wegen dieser Unterschiede trennt Verf. jetzt Mykoderma vini (Cienkowsky) und Soorpilz als zwei gesonderte Species, stellt letzteren aber bis auf weiteres zu den Kahmpilzen.

Die Herkunft des Soorpilzes ist bis heute nach Gr. eine ebenso dunkle wie die aller übrigen parasitären Mikroorganismen. Als Brutstätten kennt man nach Kehrer vor allem die Wochenstuben. Verf. selbst fand seine Keime gelegentlich als zufällige Verunreinigung bei anderen Culturen. Als vorzüglichste und zuverlässigste Methode für den Nachweis von Soorkeimen überhaupt in der Luft und in Flüssigkeiten erkennt er das Koch'sche Plattenculturenverfahren an.

In dem Capitel über Favus, Herpes tonsurans, Pityriasis und Oidium lactis resumirt Verf. kurz den Inhalt seiner in Virchow's Archiv, Bd. 70, beschriebenen Culturversuche dieser Parasiten. Beherrscht von der damals in der Mykologie giltigen Auffassung, welche die Art der Fructification der Pilze als ausschlaggebend für ihre botanische Bestimmung anerkannte, und wohl bestimmt durch den Hinweis Brefeld's, dass die von ihm cultivirten drei Formen den von Br. unter verschiedenen Nährbedingungen erzielten Formen des Oidium lactis entsprächen, hielt G. damals die Parasiten der drei Hautmykosen für identisch mit Oidium lactis. Gleich Brefeld bezog Gr. die scheinbaren morphologischen Unterschiede (Dicke der Fäden und Grösse der Gonidien) auf den Wechsel der



Nährsubstrate; wegen der Gleichheit der Fructification stellte er sie als Varietäten einer Species dar.

Geleitet nun von dem Grundsatze der heutigen Bacteriologie, eine Trennung morphologisch scheinbar gleichartiger Pilze unter Berücksichtigung aller für ihre Differenzirung in Betracht kommenden Factoren durchzuführen, und unter Anwendung der Koch'schen Untersuchungsmethoden hat Gr. trotz manchen sich auch jetzt ergebenden Aehnlichkeiten eine Trennung der Pilze des Favus und Herpes tonsurans untereinander und von Oidium lactis ermöglicht. (Das Mikrosporon der Pityriasis hält Verf. bereits durch seine frühere Beschreibung genügend charakterisirt und von den drei vorher genannten unterschieden.) Aus der Reihe der von Gr. auf den verschiedensten Nährsubstraten und bei verschiedenen Temperaturen erzielten Differenzen der drei Parasiten können nur die hauptsächlichsten aufgezählt werden. Auf 0·76 Percent alkal. Fleischwasserpeptongelatine bei 20° C. wachsen Oidium, Trichophyton und Achorion und zwar an Schnelligkeit und Ueppigkeit der Reihe nach abnehmend. Oidium bildet ein fructificirendes Mycel, verflüssigt die Gelatine nicht, Trichophyton und Achorion verflüssigen bereits in kleinen Herden, sind sich untereinander ähnlich, nur wächst ersteres schneller und fructificirt, während Achorion steril bleibt. In Gelatine-Reagensgläsern ist das Wachsthum noch charakteristischer und längere Zeit hindurch zu beobachten als auf Platten. Doch bleiben bei kühler Zimmertemperatur alle drei Pilze bald im Wachsthum zurück. Besser eignen sich daher Agar-Agar-Platten und Reagensgläser mit Agar-Agar bei 30° C. In letzteren wächst Oidium sowohl oberflächlich wie in der Tiefe in Form gerader verästelter Fäden, welche durch Septa in länglich viereckige und kürzere, später ovale oder nahezu kugelige Gonidien zerfallen. Trichophyton, anfangs dem Oidium ähnlich, bildet aber bald innerhalb des Mycellagers linsengrosse Verdickungen, welche im Innern eine orangegelbe Farbe annehmen, während auf der Oberfläche sich ein weisser mehlartiger Staub zeigt. Mikroskopisch bestehen die peripheren Theile der Colonien aus leeren septirten und verzweigten Fäden, die centralen aus abgeschnürten Fadenstücken mit vielen kleinen Seitenästen und Bildung zahlreicher, sehr kleiner länglich viereckiger oder ovaler Gonidien. Die gelbe Farbe der Pilzelemente ist ein Charakteristicum älterer Culturen. Achorion-Culturen auf Agar-Agar sind denen des Trichophyton sowohl makroskopisch als mikroskopisch



sehr ähnlich; nur erschienen sowohl Fäden wie Gonidien dicker und grösser und sind erstere durch die bereits früher von Gr. beschriebenen gabeligen und kolbigen Anschwellungen an ihren Enden ausgezeichnet. Die vollkommensten Wachsthumsformen erzielte Gr. auf Blutserum bei circa 30° C. Oidium überzieht die Serum-Oberfläche als diffuses Mycellager und hat dickere und persistentere Fäden und Glieder als auf den übrigen Nährmedien. Trichophyton zeigt auch hier wieder die Neigung, innerhalb eines mehr dünnen, gleichmässig die ganze Oberfläche überziehenden Mycels in kleineren, mehr umschriebenen Herden zu wachsen, und nimmt bald die bereits beschriebene gelbe Farbe an. Schwache Verflüssigung des Serums. Mikroskopisch im Anfange fast nur aus Fäden ohne Gonidienbildung zusammengesetzt, tritt nach einigen Tagen eine sehr reichliche Gliederung in kleine semmelartig aufgereihte rundliche Glieder ein, welche über die Fäden ein so bedeutendes Uebergewicht haben, dass die Cultur sich von Gelatine und Agar-Culturen mit ihrer geringen Gonidienbildung sehr scharf unterscheidet. Doch belehrt der Versuch einer Aussaat von Blutserum auf jene Nährsubstrate, dass wir dieselbe Species, nur in ihren Wachsthumserscheinungen durch das jeweilige Nährsubstrat modificirt, vor uns haben. Achorion wächst üppig auf Blutserum in linsengrossen rundlichen Herden, welche im Laufe der Zeit ein trockenes weisses oder strohgelbes Centrum bekommen. Eine bisweilen beobachtete Verflüssigung des Serums kann Gr. nicht erklären. Mikroskopisch ist die Cultur charakterisirt durch dicke Hyphen mit rechtwinkelig abgehenden gedrehten und theils septirten, theils zu langen Reihen ovaler Gonidien zerfallenen Seitenästen. Verf. betont als wichtiges Unterscheidungsmerkmal zwischen Trichophyton und Achorion die viel reichere Verästelung des Fadengewirres der Favusculturen gegenüber dem mehr ungetheilten Verhalten der Trichophytonfäden.

Wichtig ist die Differenz des Wachsthums zwischen Oidium einerseits und Trichophyton und Achorion andererseits auf sterilisirter Milch; nur ersteres gedeiht dort in Form einer dicken Pilzhaut, letztere beide gehen zu Grunde.

Mit Trichophyton-Serumreincultur vom Vf. vorgenommene Uebertragungen auf die Oberarmhaut brachten nach circa zehn Tagen typische Herpes tonsurans-Kreise hervor.

Von zwei mit Favusmasse aus einem Scutulum ebenfalls am Oberarm gemachten Uebertragungsversuchen ergab der eine ein muster-





giltiges Bild eines Favus. Eine zweite Versuchsreihe mit Favus-Serumreincultur an zwei Personen hatte denselben Erfolg: die eine erkrankte an echten Favus; Verf. selbst, welcher bereits die ersten Versuche an sich selbst angestellt hatte, reagirte auf die Favus-Impfung mit einem einfachen Eczem. Durch fernere Uebertragungen von Reinculturen des Trichophyton und Achorion gelang es Gr. festzustellen, dass beide nur im Stadium vollendeter Gonidienbildung die bekannten Dermatomykosen hervorzurufen geeignet seien. Damit ist nach Gr. zur Evidenz erwiesen, dass Trichophyton tonsurans und Achorion Schoenleinii die Krankheitserreger des Herpes beziehungsweise Favus sind. Ortmann.





# Buchanzeigen und Besprechungen.

**Die Trophoneurosen der Haut.** Historisch-kritische, klinische und histologische Studien über die Beziehungen des Nervensystems zu Erkrankungen der Haut von Dr. C. Kopp. — W. Braumüller. Wien 1886.

Besprochen von Dr. A. Jarisch in Wien.

Die Thatsachen, welche den Einfluss nervöser Apparate auf das Zustandekommen gewisser Hautkrankheiten erweisen sollten, sind nicht immer mit jener nüchternen Kritik zusammengetragen worden, wie dies der Erkenntniss förderlich gewesen wäre. — Die Fülle des bereits vorliegenden Materiales und der sich oft genug widersprechenden Angaben der einzelnen Autoren, erschweren selbst dem Fachmanne den Ueberblick und ein zusammenfassendes Urtheil. — Das vorliegende Buch muss demnach um so freudiger begrüsst werden, als durchaus objective Kritik, scharfe Begriffsbestimmung und rein sachliche Darlegung hervorragende Merkmale desselben bilden. Wir können sowohl Demjenigen, der sich nur für einzelne Fragen interessirt, als selbst dem Fachmanne die Lecture der werthvollen Arbeit nicht genug empfehlen; und dies nicht allein wegen der oben bezeichneten Vorzüge, sondern auch aus dem Grunde, weil der Autor bestrebt ist, die Lücken unserer Kenntnisse aufzudecken und die Richtung anzudeuten, in welcher die Forschung ihre Hebel anzusetzen hat.

Im historischen Theile, welchen der Autor mit Recht einen historisch-kritischen nennt, erörtert derselbe zunächst Samuel's Theorie der trophischen Nerven, und kommt zu dem Schlusse, dass bei dem jetzigen Standpunkte unseres Wissens die Annahme trophischer Centren gerechtfertigt sei, während für die Annahme trophischer Fasern um so weniger Grund vorhanden ist, als keine



physiologischen oder klinischen Thatsachen vorliegen, welche gegen die Vermittlung des trophischen Einflusses durch die bekannten Nervenkategorien sprechen würden. — Ein Beweis für die Existenz eigener trophischer Fasern sei andererseits auch nicht erbracht. — Auch die vasomotorischen Theorien (Schiff, Brown-Sequard), die Theorie der Abschwächung des trophischen Einflusses des Nervensystems (Vulpian) weist der Autor zurück, während er die Theorie der trophischen Störungen durch Nervenreizung (Charcot, Mitchell) für geeignet hält, eine ganze Anzahl der zur Beobachtung kommenden Trophoneurosen zu erklären. — Nachdem der Autor anhangsweise die Verquickung vasomotorischer und trophischer Theorien, wie dies durch Schwimmer geschah, zurückweist, und des Letzteren Ansicht, dass nicht nur in der Medulla, sondern auch in den Ganglien des Sympathicus Centren der supponirten trophischen Nerven zu suchen seien, durch Nichts erwiesen und geeignet findet, die wissenschaftliche Klärung der einschlägigen Fragen zu verzögern und zu zwecklosen Speculationen zu führen — glaubt er mit Rücksicht auf die experimentellen und klinischen Erfahrungen sich zu folgenden Schlussfolgerungen berechtigt: Die Annahme eines directen trophischen Einflusses des Nervensystems auf die Ernährung der Gewebe könne nach den vorliegenden Thatsachen keinen ernsten Einwendungen mehr begegnen. — Die Annahme trophischer Centren sei unabweisbar. — Ob es sich aber um isolirte, blos trophischen Zwecken dienende Centren handelt, oder ob der trophische Einfluss von den sensiblen, motorischen und vasomotorischen Centren selbst ausgeht, so dass diesen Centren gewissermassen eine Doppelfunction zukäme, ist heute mit Sicherheit nicht zu entscheiden. Mit Sicherheit könne aber behauptet werden, dass der trophische Einfluss des Nervensystems auf die verschiedenen Gewebe an verschiedene Ganglienzellengruppen des Systems geknüpft ist, deren Impulse bei dem doppelsinnigen Leitungsvermögen der Nerven sehr wohl durch die bekannten Nervenkategorien den Geweben zufliessen können, ohne dass hiezu eigene trophische Fasern nothwendig seien.

Für die trophoneurotische Natur einer Ernährungsstörung sprechen: die Halbseitigkeit oder symmetrische Doppelseitigkeit gewisser Ernährungsstörungen, die dem peripheren Nervenverlaufe entsprechende Ausbreitung mancher Affectionen, die Complication mit anderen nervösen Störungen und der nachweisbare Zusammenhang von Ernährungs-



anomalien mit Erkrankungen und Verletzungen des peripheren und centralen Nervensystems.

Trophische Störungen kommen nicht selten mit vasomotorischen combinirt vor, doch ist ein Abhängigkeitsverhältniss in dem Sinne, dass die vasomotorische Störung als Ursache der trophischen Veränderungen anzusehen wäre, bis jetzt nicht erwiesen. Experimentelle und klinische Beobachtungen haben gezeigt, dass einfache Veränderung des Lumens der Hautgefässe für sich allein nicht genüge, um trophische Veränderungen zu erzeugen. Hierzu sei noch ein anderes Moment erforderlich, als welches der Autor eine vorangehende Ernährungsstörung der Gefässwände betrachten zu müssen glaubt. Manche pathologischen Erfahrungen sprechen dafür, dass auch direct trophische Einflüsse des Nervensystems für die normale Nutrition der Gefässwandungen massgebend sind und wir könnten demnach secundäre Ernährungsstörungen der Gewebe von primären nervös trophischen Alterationen der Gefässwandungen ableiten. Eine solche Auffassung würde uns das Verständniss der so häufigen Combination vasomotorischer und trophischer Störungen wesentlich erleichtern und auch mit der sicher gestützten Annahme eines allgemein trophischen Einflusses des Nervensystems auf die verschiedenen Gewebe im Einklange stehen. Der trophische Einfluss auf die Gefässwände wird wahrscheinlich durch die Vasomotoren vermittelt.

Im klinischen Theile der Arbeit unterzieht der Autor die Momente, welche für eine trophoneurotische Natur mancher Hautkrankheiten sprechen, einer kritischen Sammlung und Beleuchtung. — Wir müssen uns leider versagen in die Details derselben einzugehen, und begnügen uns, die einzelnen Capitel kurz anzuführen. Zunächst behandelt der Autor die Anomalien der Secretion, und zwar a) der Talgdrüsen und b) der Schweissdrüsen; hierauf in einem inhaltreichen Capitel die exsudativen Hautkrankheiten: Erythema exsudat. multif. und Erythema nodosum, Urticaria, Glossy skin, Ekzem, Prurigo, Psoriasis, Lichen ruber und Pityriasis rubra, Herpes Zoster, Pemphigus, Cheiropompholix, Akne vulgaris und rosacea. Weiterhin finden die Hauthämorrhagien, Hypertrophien, bei welchen der Autor die Sclerodermie der Erwachsenen erörtert, die Atrophien und endlich ulceröse und gangränose Processe ausführliche kritische Beleuchtung.

Die Bemerkungen des Autors, mit welchen derselbe den klinischen Theil des Werkes schliesst, wollen wir zur Charakteristik der



Methode desselben hieher setzen: „Wenn wir auf das hier gesammelte Material einen Rückblick werfen und uns fragen, ob wir darauf gestützt für eine Reihe von Dermatosen eine trophoneurotische Genese in Anspruch nehmen dürfen, so kann man, glaube ich, nur mit aller Vorsicht antworten, dass wir allerdings in einigen Fällen, so lange uns ein besserer Erklärungsmodus fehlt, uns für berechtigt halten dürfen, von einer reinen Trophoneurose zu sprechen, während allerdings eine grössere Anzahl von Hautaffectionen nur mit einem mehr oder minder grossen Grade von Wahrscheinlichkeit mit einer Alteration des normalen trophischen Einflusses in Beziehung gebracht werden kann und in einer weiteren Reihe von Beobachtungen demselben nervös trophischen Einflusse nur die Rolle einer Causa adjuvans zuzukommen scheint. Doch sind es wesentlich theoretische Vorstellungen, welche uns zur Annahme eines trophischen Einflusses des Centralnervensystems veranlassen; gerade für diejenigen Affectionen, welche wir aus klinischen Gründen mit der grössten Bestimmtheit als Trophoneurosen ansprechen (Hemiatrophia facialis progressiva, Atrophia cutis circumscripta), fehlt uns zur Zeit die anatomische Bestätigung völlig. In anderen Fällen wiederum haben wir Degenerationsvorgänge in den peripheren Nerven, Erkrankungen der spinalen Ganglien und verschiedener Regionen des Centralnervensystems gefunden; aber es musste oft zweifelhaft bleiben, ob die Degeneration in den peripheren Nerven nicht noch in die physiologische Breite fällt und andererseits ist der Nachweis, dass die in den einzelnen Beobachtungen gefundenen centralen Veränderungen als Ursache der Hautveränderungen zu betrachten sind, meist nicht zu erbringen. Freilich könnte man mit Erb annehmen, dass functionelle anatomisch nicht nachweisbare Störungen in den trophischen Centren des Rückenmarkes, anatomisch nachweisbare Veränderungen in den peripheren Nerven und dadurch in den von ihnen versorgten Geweben und Organen erzeugen können; eine solche Annahme lässt sich gleichfalls nicht beweisen.

Wie die Dinge liegen, können wir auf wissenschaftlichem Boden bleibend nur so viel behaupten: Theoretische Erwägungen, unterstützt durch reichliche von Tag zu Tag sich mehrende klinische und pathologische Thatsachen, gestatten uns die Annahme eines trophischen Einflusses des Centralnervensystems auf die Ernährung der Gewebe und speciell des Hautorganes, und wir können zur Erklärung

vieler klinischer und pathologischer Thatsachen diese Annahme nicht entbehren, wenngleich eine Einsicht in die physiologischen und anatomischen feineren Verhältnisse, welche bei der Vermittlung des trophischen Einflusses in Frage kommen, bis heute nicht gewonnen werden konnte."

Im histologischen Theile des Buches berichtet der Autor übe seine Untersuchungen der Hautnerven bei 14 Individuen, welche e mit Rücksicht auf die von S. Mayer beschriebenen Regenerations und Degenerationsvorgänge in den peripheren Nerven angestellt hat Seine Resultate gehen dahin, dass die Degenerationsvorgänge in de Hautnerven unter anscheinend normalen Verhältnissen in ziemlic breiten Grenzen schwanken, ferner dass in der ersten Zeit des Leben bis zum sechsten Monate Degenerationsvorgänge ausserordentlich spär lich vorhanden, und dass bei erwachsenen Individuen insbesonder die Hautnerven der Extremitäten grössere Degenerationsziffern aufweisen Nichtsdestoweniger ergab sich aber beim Vergleiche zwischen de physiologischen Degenerationsprocessen und denjenigen, welche nac der Ansicht einiger Autoren (Leloir, Dejerine, Duplay, Mora u. A.) einen pathologisch-anatomischen Beweis für die neuropathisch Natur mancher Dermatosen darstellen sollen, ein durchgreifender Unterschied; dieser Unterschied beziehe sich aber nicht nur auf di Intensität der degenerativen Vorgänge überhaupt, sondern insbesondere auch auf das Verhältniss der complet degenerirten Fasern z den in Degeneration befindlichen. Für die primäre Natur der von de genannten Autoren beschriebenen nervösen anatomischen Alterationen welche ihrer Intensität nach sicher nicht mehr als physiologisch betrachtet werden können, findet der Autor aber keine ausreichende Belege von stricte beweisendem Werthe. Denn es erscheine keinesweg undenkbar, dass eine aufsteigende Neuritis parenchymatosa in den die befallenen Partien versorgenden Nervenverzweigungen platzgreift Mit Rücksicht auf diese Bedenken, erzeugte der Autor bei Hunden mittelst Aetzkali und Ol. sinapis Geschwüre, welche er durch mehrere Wochen hindurch unterhielt. Bei der Untersuchung der, der Geschwürsfläche entsprechenden Hautnervenverzweigungen, fanden sich übereinstimmend die peripheren Hautnerven hochgradig degenerirt häufig fanden sich nur leere Nervenscheiden mit Kernvermehrung dagegen konnte der Autor in den hinteren Wurzeln niemals und in den grösseren Nervenstämmen nur selten und ausnahmsweise eine



Steigerung der normalphysiologischen Degenerationsvorgänge constatiren.

Die anatomischen Untersuchungen, welche der Autor mit Rücksicht auf die periphere Nervenausbreitung im Rete und die Innervation der Capillaren anstellte, führten im Gegensatze zu den Angaben Unna's zu keinem befriedigenden Resultate.

Der Raum gestattet uns leider nicht in die reichen Details des vorliegenden Buches näher einzugehen; unsere Ausführungen werden aber genügen auf den Werth desselben aufmerksam zu machen und somit empfehlen wir dasselbe allen Fachgenossen auf das wärmste.

**Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten** in Vorlesungen für praktische Aerzte und Studirende von Dr. Moriz Kaposi, a. ö. Professor für Dermatologie und Syphilis und Vorstand der Klinik und Abtheilung für Hautkrankheiten an der Wiener Universität. Dritte umgearbeitete und vermehrte Auflage. Erste Hälfte. Wien 1886. Urban und Schwarzenberg.

Angezeigt von Prof. F. J. Pick in Prag.

Die erste Hälfte von Kaposi's Lehrbuch der Hautkrankheiten liegt nun in der dritten Auflage vor uns. Nichts kann die Vortrefflichkeit dieses Buches, das die Stelle des alternden Hebra-Kaposi'schen Lehrbuches einzunehmen berufen ist, besser documentiren als diese rasche Folge neuer Auflagen. Kaposi's Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten ist ein wahres Lehrbuch, das die Aufgabe, die Fortschritte der Wissenschaft mit den schon vorhandenen Kenntnissen in eine organische Verbindung zu bringen, glänzend erfüllt. Die vorliegende erste Hälfte, welche die Geschichte, Anatomie, Physiologie, Symptomatologie, allgemeine Pathologie und Therapie, vom speciellen Theile die Secretionsanomalien, die Hyperämien und Anämien und von den Entzündungsprocessen die acuten und einen kleinen Theil der chronischen (Psoriasis) enthält, bietet einige wesentliche Aenderungen gegenüber den früheren Auflagen. Wir behalten uns vor, in eine detaillirte Besprechung jener principiellen Aenderungen, die eine neue Unterstellung einzelner Gruppen von Dermatosen betreffen, erst dann einzugehen, wenn uns das ganze Werk vorliegen wird. Es charakterisirt den gewiegten Lehrer und den die ganze Materie beherrschenden selbstständigen Forscher, dass er in conservativer Weise vorgeht, neue wohlfundirte Lehren willig



aufnimmt und an die Stelle der früheren setzt, nicht genügend gestützte dagegen nur als solche behandelt, die beachtet zu werden, aber nicht zu ersetzen geeignet sind. In diesem Sinne ist es aufzufassen, wenn sich die neue Auflage als umgearbeitete und vermehrte bezeichnet. Die Beurtheilung dessen, was in die eine, was in die andere Kategorie von Forschungsresultaten zu stellen ist, bleibt natürlich dem Ermessen des Autors überlassen.

Die schöne Ausstattung des Buches ist, wie die der früheren Auflage, rühmlichst bekannt.

**Die Syphilis und die venerischen Krankheiten.** Ein kurzgefasstes Lehrbuch zum Gebrauche für Studirende und praktische Aerzte. Von Dr. Ernest Finger, Docent an der Universität in Wien. Mit vier Farbentafeln, gezeichnet von C. Hennig. Wien 1886. Toeplitz und Deuticke.

Angezeigt von Prof. F. J. Pick in Prag.

Der sehr fleissige Verfasser dieses Compendiums, welches „sowohl dem Studirenden als erster Leiter und Führer beim Studium der Syphilis zu dienen, als auch dem praktischen Arzte eine rasche Orientirung in unserem wissenschaftlichen Materiale zu ermöglichen" berufen ist, hat uns durch zahlreiche, mehrere Capitel seines Buches reproducirende Publicationen, die er in den verschiedenen medicinischen Zeitungen erscheinen liess, selbst der Aufgabe enthoben, auf die vielen, sehr originellen Details seines Buches aufmerksam zu machen. Der Verfasser hat eben, wie leicht begreiflich, die Gelegenheit benützt, seine Specialforschungen besonders geltend zu machen, ein Umstand, dem es, wie wir glauben zuzuschreiben ist, dass ein oder das andere Capitel, z. B. das über Symptomatologie und Diagnostik der syphilitischen Initialsymptome den Kenner sehr interessiren, den Anfänger und Fernerstehenden aber leicht unbefriedigt lassen dürfte. Wir können uns deshalb darauf beschränken, die sehr gelungene Darstellungsweise und die besondere Rücksicht hervorzuheben, die der Autor der Therapie gewidmet hat. Eine neue Auflage, welche in naher Zeit zu erwarten steht, wird der Verfasser gewiss benützen, um auch in der angedeuteten Richtung eine kleine Correctur zu veranlassen.

Die Ausstattung des Buches ist eine vorzügliche.



# Varia.

Herr Privatdocent **Dr. M. B. Freund in Breslau** hat das Referat über **Vaccination** übernommen. Wir ersuchen alle Autoren, welche über diesen Gegenstand geschrieben haben, ihre Publicationen dem genannten Herrn direct zuzusenden. Red.

---

Herr Privatdocent **Dr. A. Wolff** wurde an Stelle des zurücktretenden Prof. Wieger zum Prof. extraord. für Dermatologie und Syphilis an der Universität Strassburg vorgeschlagen.

---

Die zwischen den Herren Doctoren Hochsinger und Hammer bestandene Differenz, in der Angelegenheit des Micrococcenfundes bei Granuloma fungoides, ist durch die nachfolgende, beide Theile befriedigende Erklärung behoben worden:

### Erklärung.

Im Schlusshefte des Jahrgangs 1885 Seite 711 dieser Vierteljahresschrift habe ich in meiner Reclamation „Zur Frage des Granuloma fungoides" Herrn Dr. Hammer in Stuttgart gegenüber, welcher in seiner, dem Mikroorganismenbefunde bei der genannten Affection gewidmeten Arbeit „Ueber Mykosis fungoides" (Mitth. der med. Klinik zu Würzburg 1885, I) die bereits vor ihm von mir unter Auspitz's Leitung (Auspitz, „Ein Fall von Granuloma fungoid." Diese Vierteljahresschrift 1885, I) publicirten Coccenfunde bei Mykosis fungoides unerwähnt gelassen hatte, wiewohl ihm dieselben, wie ich glaubte, bekannt sein mussten, die Priorität der Auspitz'schen Schule geltend gemacht, nicht ohne diese Art „Vernachlässigung der literarischen Gewissenhaftigkeit" in entsprechender Weise zu tadeln.

Aus einer an die verehrliche Redaction dieser Vierteljahresschrift ergangenen Zuschrift von Seite Hammer's ist nun ersichtlich und durch namhafte Zeugen bekräftigt, dass zur Zeit, als Herr Hammer von unseren Mikrobenfunden Kenntniss erhielt, sein Manuscript bereits gedruckt und



dass eine Aenderung oder ein Zusatz daran nicht mehr anzubringen war. Somit wird der dem genannten Autor meinerseits gemachte Vorwurf hinfällig, doch gibt **Hammer** zu, dass er die erste **Auspitz**'sche um ein halbes Jahr früher erschienene Publication im Anzeiger der Gesellschaft der Aerzte in Wien 1884, Nr. 9 **thatsächlich übersehen** und **unerwähnt** gelassen hat.

Dr. Carl **Hochsinger** in Wien.

---

Herr Dr. A. J. **Pospelow** in Moskau sendet uns folgendes Schreiben:

„Am 14. Februar 1886 habe ich an Herrn Prof. **Auspitz** die Bitte gerichtet, den nachfolgenden Brief und einige Correcturen, meine Arbeit über Lichen planus (diese Vierteljahresschrift 1885, Seite 333) betreffend, in das nächste Heft der Vierteljahresschrift aufzunehmen. Da ich bis heute 2. September 1886, keine Antwort erhalten habe, was wohl durch die Krankheit des Prof. **Auspitz** veranlasst wurde, erlaube ich mir nochmals um Erfüllung meines Wunsches zu bitten.“

(Geschieht hiermit. **Red.**) Der Brief lautet:

„Hochgeehrter Herr Professor! Herr Prof. **Köbner** ersucht mich meinem Artikel hinzuzufügen, dass er ebenfalls das Erscheinen von Knötchen bei Lichen planus auf geritzten Hautstellen und auf frischen Schröpfstellen beobachtet habe, wie aus seinem am 31. October 1880 gehaltenen Vortrage (Deutsche med. Wochenschr. 1881, Nr. 1) hervorgehe.

In meiner Arbeit, Vierteljahresschrift 1885, soll Seite 536, Zeile 2 von unten, nach „Mundschleimhaut“ eingeschaltet werden: **bei Lichen exsudativus ruber**, ferner Seite 547, Zeile 1 oben, 21 statt 26 stehen. (Die übrigen Druckfehler sind ohne Belang. Red.) Genehmigen Sie etc.

Dr. A. **Pospelow**.

---

In der Arbeit der Herren Drr. **Hochsinger** und **Schiff** sind folgende Druckfehler zu berichtigen:

Seite 363 Zeile 10, „durchscheinend“ statt durchsehend. Zeile 23, „diffus“ statt dichter. Seite 371 Zeile 3 von unten, „construiren“ statt constatiren. Seite 373 Zeile 8, „Hirnhaut“ statt Stirnhaut. Seite 374 Zeile 7 von unten, „Hautgewebe“ statt Hautgebilde. Seite 376 Zeile 3, „drüsigen“ statt drusigen. Seite 377 Zeile 4 und 6 „Knoten“ statt Knochen. Seite 378 Note, „Virch. Arch.“ statt Vierteljahressch. Seite 379 Note, „Jahresber.“ statt Jahresschr. Seite 383 Zeile 12, „gesponnenem Zucker ähnlicher“ statt gesponnener zuckerähnlicher. Seite 386 letzte Zeile „von“ statt der.

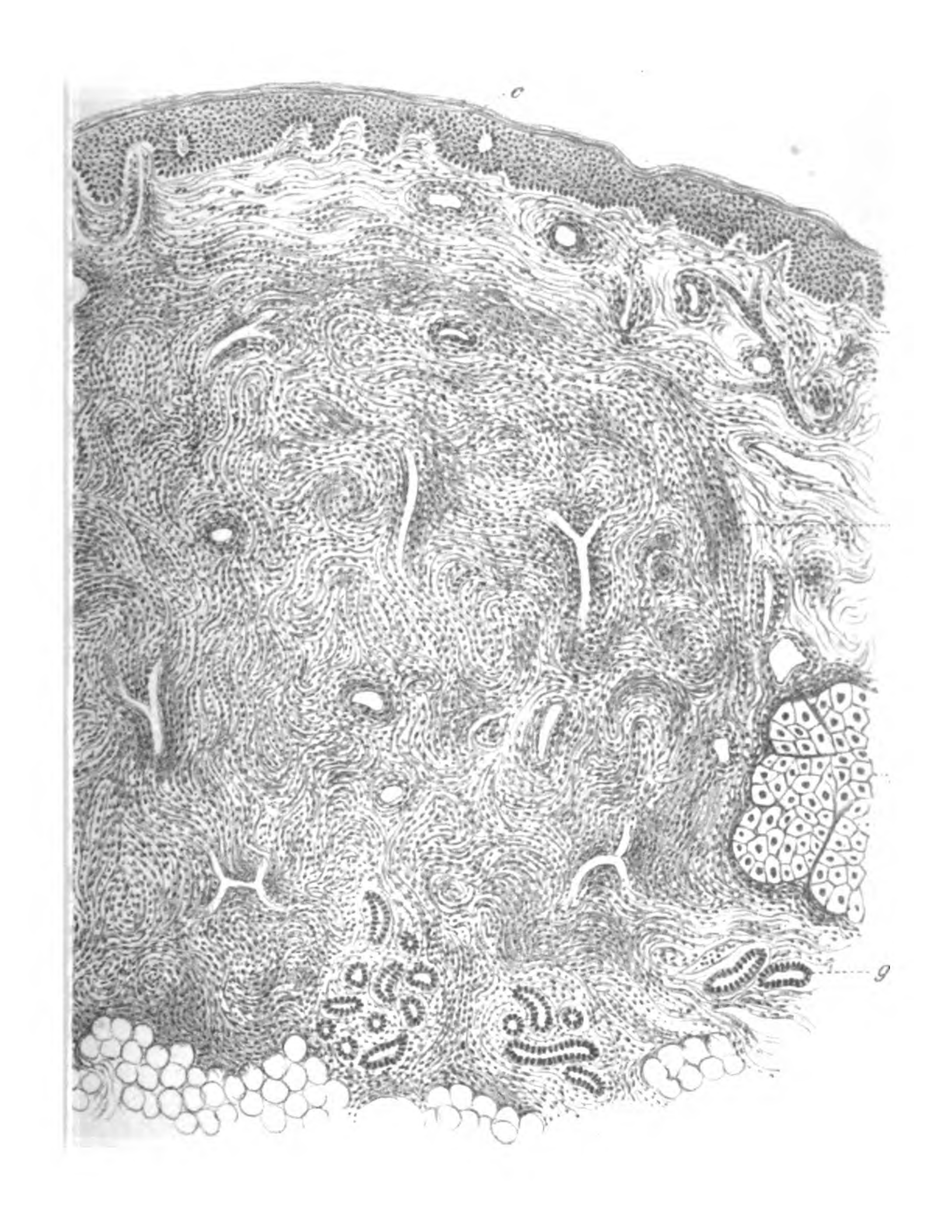
C. Ueberreuter'sche Buchdruckerei (M. Salzer) in Wien. — 1873/86.





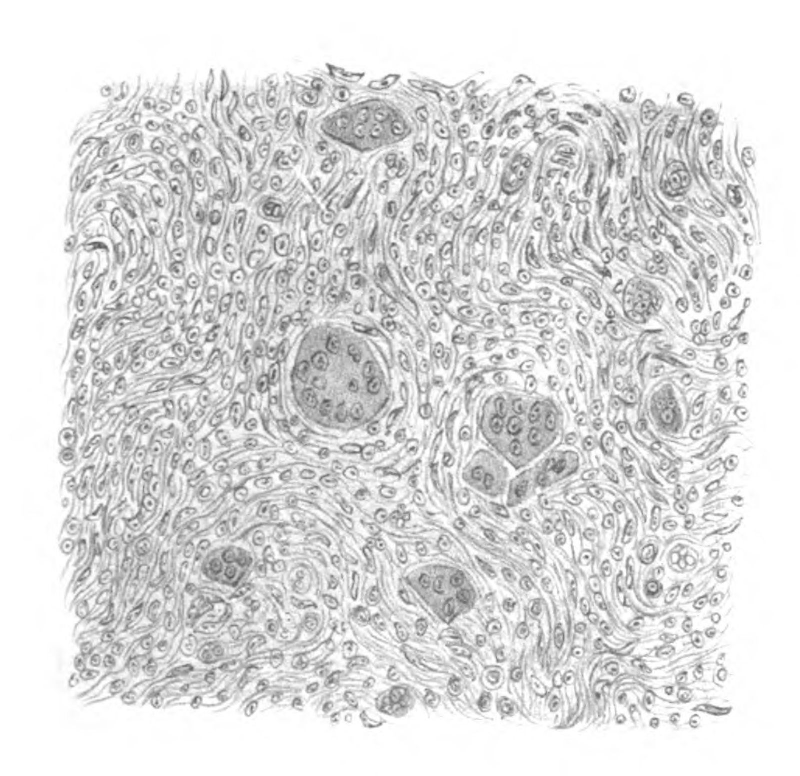
**Kaposi**: Lichen ruber molineformis.

Lith. Anst. v. Th. Bannwarth, Wien.




neformis.

Lith. Anst. v. Th. Bannwarth, Wien.



Kaposi: Lichen ruber moniliformis.

Lith. Anst. v. Th. Bannwarth, Wien.





posi: Lichen ruber molineformis.

Lith. Anst. v. Th. Bannwarth, Wien.

# Originalabhandlungen.

---





**Aus der königl. Universitäts-Klinik für Hautkrankheiten und Syphilis von Prof. Neisser in Breslau.**

# Ueber die subcutane Anwendung des Calomel bei der Syphilisbehandlung.

Von

**Dr. C. Kopp,**
Docent an der Universität München

und

**Dr. M. Chotzen,**
ehemaligem Assistenten der Poliklinik.

Nachdem die im vorigen Jahre in dieser Zeitschrift veröffentlichten Untersuchungen über den therapeutischen Werth der subcutanen Syphilisbehandlung mit Hydrargyrum formamidatum (Liebreich) ihren Abschluss gefunden hatten, wandten wir uns, einer freundlichen Anregung unseres verehrten Chefs, Professor Neisser, gerne folgend, der Prüfung einer anderen Methode zu, welche, obwohl seit langer Zeit bekannt, gänzlich in Vergessenheit gerathen zu sein schien, wenigstens war die Literatur über diese Methode ausserhalb Italiens bis vor Kurzem eine ausserordentlich spärliche. Dass wir nicht nur berechtigt, sondern geradezu genöthigt sind, theils nach bequemeren, theils nach zuverlässigeren Methoden der Syphilisbehandlung zu streben, hat der eine von uns in der oben erwähnten kleinen Arbeit wohl ausreichend begründet und wir hielten es darum nicht für überflüssig, auch eine ältere Methode, welche rationell erschien, an dem uns zu Gebote stehenden grossen Material einer erneuten Prüfung zu unterziehen, insbesondere da wir uns der Hoffnung hingaben, manche dieser Methode früher anhaftende Uebelstände durch geeignete technische Modificationen zu vermeiden.





Was nun die zuerst von Scarenzio (1864) empfohlene subcutane Application des Calomels anlangt, müssen wir sagen, dass die an hiesiger Klinik erzielten Resultate unsere Erwartungen bei weitem übertroffen haben. Ehe wir uns aber mit diesen Resultaten beschäftigen, möge es uns gestattet sein, die Arbeiten derjenigen Autoren in Kürze zu erwähnen, welche bisher über diesen Gegenstand bereits Erfahrungen gesammelt haben.

Wie wir der ersten Publication Scarenzio's entnehmen [1], war derselbe von der Ansicht ausgegangen, dass das an und für sich reizlose Calomel gut ertragen würde und im Körper allmälig unter dem Einflusse der in Blut und Lymphe anwesenden Chloride sich in Sublimat umwandle; auf chemische Versuche gestützt, glaubte er annehmen zu dürfen, dass diese Modification so langsam vor sich gehe, dass eine toxische Wirkung durch die täglich zur Resorption gelangenden Sublimatmengen nicht zu Stande kommt; andererseits hielt er die Sublimatmengen für genügend, um einen curativen Effect zu erzielen. Zur Beseitigung der Symptome in einem mittelschweren Falle von Syphilis hält er 0·4 Sublimat für ausreichend, eine Ansicht, welche auch von Lewin und allen anderen Autoren, die sich mit Injectionsversuchen beschäftigt haben, getheilt werden dürfte und er berechnete demnach, dass zur Behandlung drei bis vier Injectionen von 0·1 Calomel, in leichteren Fällen selbst zwei Injectionen genügen würden. Die in dieser Richtung an Kranken angestellten Versuche waren auch durchaus bestätigender Natur. Ebenso günstig waren die Resultate anderer Beobachter (Ambrosoli, Ricordi, Monteforte und v. A.), so dass sich die Calomelinjectionen bis heute einer grossen Beliebtheit bei den italienischen Aerzten erfreuen. In Frankreich hat diese Methode, deren Jullien in seinem „Traité des maladies veneriennes“ mit einigen Worten erwähnt, eigentlich niemals Anhänger gefunden. Erst in der neuesten Zeit, veranlasst durch Smirnoff's Arbeit über diesen Gegenstand, begegnen wir einer warmen Empfehlung und Aufforderung zu weiteren Versuchen von Seiten Jullien's in den „Annales de Dermatologie“.

In Deutschland wurden die Calomelinjectionen versucht auf den Kliniken von Rinecker und v. Sigmund. Kölliker, der über

[1]) Annali universali di medicina. Agosto e Settembre 1884.



die Würzburger Resultate berichtet hat [1]), ist von dem therapeutischen Effect sehr befriedigt. Er injicirte eine Suspension von Calomel in Glycerin (1·0 : 10·0) und verwendete anfangs alle zehn bis vierzehn Tage, später alle vier bis fünf Tage eine Dosis von 0·05 bei Erwachsenen, von 0·03 bei Kindern. Die nicht allzu häufigen Abscesse heilten leicht; Salivation trat selten und nur in geringem Grade auf. In allen 46 behandelten Fällen wurde Schwund der Symptome erzielt. Jede schädliche Einwirkung auf den Stoffwechsel im Allgemeinen fehlt. Das Auftreten von Abscessen ist nach Kölliker die einzige Inconvenienz der Methode.

v. Sigmund [2]) gibt unter den zu Injectionscuren verwendeten Mitteln nach seinen Erfahrungen dem Calomel den Vorzug; will man Abscessbildung vermeiden, so räth er, kleinere Gaben als die von Scarenzio empfohlenen zu injiciren; bei 0·05 bis 0·1 sah er gewöhnlich keine Abscesse; sechs bis acht Injectionen von 0·05 genügten ihm in der Regel für die Behandlung der gewöhnlichen papulösen und pustulösen Formen. Die Furcht vor Abscessbildung hält er für übertrieben, die Heilung der sich etwa bildenden Abscesse geht rasch vor sich, die nach der Eröffnung hinterbliebenen Narben sind kaum sichtbar. Die Calomelinjection wirke meist sehr rasch sichtlich an Zahnfleisch und Mundschleimhaut.

In der allerjüngsten Zeit hat Smirnoff in Helsingfors die Calomelinjectionen wieder aufgenommen und mittelst derselben an einem grossen Materiale vorzügliche Resultate erzielt. [3]) Er verwendete eine Suspension von Calomel in Glycerin (1·0 : 10·0) und injicirte meist bei Beginn der Behandlung je 0·1 in die Glutaealregion beiderseits. Wesentlichen Werth legt er auf die absolute Reinheit der Suspension und eine gründliche Desinfection der Injectionsspritze, sowie auf die Technik der Injectionen. Letztere muss in der Weise gemacht werden, dass das Injectum in jener

---

[1]) Centralbl. f. Chirurgie. 1877. 7.

[2]) Wien. med. Woch. 1876. 37.

[3]) Vgl. das Referat über die Smirnoff'sche Arbeit in der Vierteljahresschr. 1884. p. 206 und Jullien „Quelques mots sur les injections de calomel dans le traitement de la syphilis." Ann. de derm. et syph. V. 2, ferner die neueste Publication Smirnoff's: „Développement de la méthode de Scarenzio." Helsingfors 1886.

lockeren Bindegewebsschicht zwischen Panniculus und Fascie deponirt wird, wie es der eine von uns bereits ausführlich in seiner Arbeit über die Formamidinjectionen erörtert hat; und zwar soll die Injection an einer drei Ctm. hinter dem Trochanter befindlichen Stelle gemacht werden, weil einerseits hier am wenigsten störendes Fettgewebe vorhanden ist und andererseits diese Partie beim Gehen, Sitzen und Liegen am wenigsten mechanischen Insulten ausgesetzt ist. Durch diese verbesserte Technik, welche nur durch Uebung zu erreichen ist und durch scrupulöse Reinlichkeit ist es Smirnoff gelungen, Abscesse fast ganz zu vermeiden, während er früher bei 35 Percent der Injectionen Abscedirung zu verzeichnen hatte. [1]) Salivation wurde häufig beobachtet. Auch in der gummösen Periode der Syphilis waren die Erfolge überraschend. Bei Kindern genügte meist eine Dosis von 0·1 bis 0·2, um die Symptome zum Schwinden zu bringen. Die Vortheile dieser Methode sind in Kürze folgende:

1. Vier und im äussersten Falle sechs Injectionen genügen zur Behandlung;

2. der therapeutische Effect übertrifft alle anderen Methoden an Sicherheit und Schnelligkeit.

Ueber die Anwendung der Methode und deren Resultate an der Breslauer Klinik gab Neisser bereits auf der Strassburger Naturforscherversammlung eine ausführliche Mittheilung (122 Fälle), in welcher die von Smirnoff und Anderen erhaltenen günstigen therapeutischen Erfolge durchaus bestätigt wurden. Eine durchaus neue und sehr zweckmässige Modification der Injectionsflüssigkeit bestand darin, dass derselben 5·0—10·0 Percent Cl Na zugesetzt wurde, wodurch das Calomel zu feinster Vertheilung innerhalb der Flüssigkeit gebracht wurde, und

[1]) Soffiantini, welcher das von Smirnoff empfohlene Verfahren an Scarenzio's Klinik nachprüfen wollte, legte in Folge eines Missverständnisses seine Calomeldepôts unter der Aponeurose an und hatte auch bei diesem Verfahren keine Abscesse zu beklagen. Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1885. 1 u. 3. Auch wir haben in einzelnen Fällen intramusculäre Injectionen gemacht, besondere Vortheile aber davon nicht gesehen. (Neuerdings habe ich es mit gutem Erfolge versucht, in die Musculatur des Deltoides zu injiciren, doch ist die Anzahl der Fälle noch eine zu geringe, um ein definitives Urtheil abzugeben. Kopp.)

ausserdem durch die gebildeten kleinen Sublimatmengen völlige Desinfection des Injectums garantirt ist. Auch rieth Neisser zuerst den reichlichen Genuss salzhaltiger Speisen, eventuell die interne Verabreichung von Cl Na an, um die Resorption zu befördern. Thatsächlich schwanden einmal gebildete Infiltrate bei Anwendung dieses Verfahrens viel rascher; doch hat diese Medication, worauf wir später noch zurückkommen werden, auch ihre Schattenseiten.

Es muss auffallend erscheinen, dass bei den so übereinstimmend günstigen Berichten über die Heilwirkung der Calomelinjectionen dieselben bis heute eine so wenig allgemeine Anerkennung gefunden haben. Der Grund dieser auffallenden Thatsache kann nur in dem Umstande gefunden werden, dass mit Ausnahme Smirnoff's fast sämmtliche Autoren das relativ häufige Auftreten von Abscessen zuzugeben gezwungen waren, wenn auch die Bedeutung dieser Abscedirungen keineswegs von Allen sehr hoch angeschlagen wurde. Es wird sich deshalb darum handeln, zuzusehen, ob wir nicht durch geeignete Modificationen der Technik (eventuell das Verfahren von Smirnoff oder das von Soffiantini) oder durch Benützung eines anderen Injectionsvehikels in der Lage sind, die unangenehmen Nebenwirkungen der Calomelinjectionen zu vermeiden. Da wir unsere Ansicht über die Injectionstechnik bereits früher in ausführlicher Weise dargelegt haben, glauben wir diesen Punkt vorläufig nicht weiter berühren zu müssen.

Als Injectionsflüssigkeit wurde von sämmtlichen Beobachtern das ursprünglich von Scarenzio gewählte Glycerin angewandt. Zur Verwendung kam stets eine Suspension von 1 : 10. Scarenzio selbst ist aber bald von dem Gebrauche des Glycerins abgekommen und benützt heute mit Vorliebe eine Suspension in Gummischleim:

Rp. Hydrarg. chlor. mit. vap. parat. 10·0
Pulv. gumm. arab. puriss. 5·0
Aqu. dest. 100·0
D. S. Zur Injection.

Da das Glycerin und insbesondere das reine Glycerin zu thierischen Geweben sich keineswegs indifferent verhält, ein Nach-



theil, der wesentlich auf seiner hygroskopischen Eigenschaft beruhen dürfte, so haben wir uns theils der von Scarenzio später gewählten Formel bedient, theils wässerige Suspensionen mit Zusatz von Chlornatrium in Anwendung gezogen; dieser Zusatz geschah hauptsächlich deshalb, um die Umsetzung des Calomel in Sublimat schneller vor sich gehen zu lassen, als die spärlichen durch den Lymphstrom dem Injectionsdepôt zugeführten Chloride gestatten und dadurch die Resorption zu befördern. Aus dem gleichen Grunde wurde den Patienten empfohlen möglichst viel gesalzene Speisen zu verzehren. Bei einer Reihe von Patienten wurden 5·0 bis 10·0 Chlornatrium pro die in Pulverform verabreicht, doch musste diese Ordination nicht selten wegen der dadurch veranlassten Diarrhöen sistirt werden. Nach vollzogener Injection wurden die Hinterbacken leicht massirt. Zur Injection verwandten wir anfangs Dosen von 0·05 bis 0·06, eine solche wurde alle drei bis vier Tage verabreicht. Später fanden wir es für vortheilhafter, die Behandlung mit zwei Injectionen à 0·1 in die Nates zu beginnen und nach einer vierzehntägigen Pause zwei weitere Injectionen folgen zu lassen, wie dies auch Smirnoff empfiehlt. Die mannigfachen Modificationen mit Rücksicht auf die Zeit und Dosirung der Injectionen ergeben sich aus den nachstehend summarisch mitgetheilten Resultaten unserer therapeutischen Versuche.

Bezüglich derjenigen Versuche, welche mit Calomelsuspensionen in Lösungen angestellt wurden, muss betont werden, dass die wirklich zur Injection gelangenden Calomelmengen kaum annähernd bestimmt werden können, da selbst nach tüchtigem Schütteln der Suspension und raschester Entnahme der Einspritzungsflüssigkeit in Folge des schweren specifischen Gewichtes des Calomel nicht unbeträchtliche Mengen des Medicaments verloren gehen. Wenn wir also sagen, „Dosis der Injection 0·05 oder 0·1", so heisst dies nur, dass wir eine Suspensionsflüssigkeit im Verhältniss von 0·5 bis 1·0 : 10·0 in Verwendung zogen. Auf die Menge des injicirten Calomels ist ein Rückschluss höchstens schätzungsweise zu machen, und wir haben annähernd berechnet, dass bei möglichst zweckmässig ausgeführter Injection immer noch ein Fünftel bis ein Viertel der Calomelmenge als Verlust angenommen werden darf; bei Suspensionen in Glycerin oder Mucilago



Gummi arabici ist der Verlust ein geringerer, darf aber gleichfalls nicht unterschätzt werden. Andererseits ist bei längerer Benützung einer für den Massenbedarf einmal angefertigten Suspensionsflüssigkeit eine mit dem Verbrauch constante Zunahme des Percentgehaltes derselben zu bemerken, so dass von einer genauen Schätzung der verwendeten Calomelmengen nicht die Rede sein kann und somit der den Injectionsmethoden sonst nachgerühmte Vorzug der exacten Dosirung für die Calomelinjectionen in Wegfall kommt. Dadurch erklären sich auch die so variablen Injectionszahlen, welche wir bei objectiv völlig gleichartigen Syphilisformen in unseren Krankengeschichten notiren mussten. Aus diesem Grunde haben wir auch eine gewisse Zeit hindurch den Suspensionen in Gummischleim den Vorzug gegeben, in welchen das Calomel nach mässigem Schütteln durch längere Zeit hindurch gleichmässig vertheilt bleibt. Dass die Gummilösung aus völlig reinem Gummi hergestellt sein muss ist selbstverständlich. Leider ist aber, wie wir uns in praxi oft überzeugt haben, eine wirklich reine Gummilösung oft schwer zu erhalten.[1])

Die Annahme Scarenzio's, dass das durch die Injection im subcutanen Gewebe deponirte Calomel unter dem Einflusse der Chloride der Gewebsflüssigkeiten sich in Sublimat umwandelt, und dass dieses durch den Blut- und Lymphstrom den verschiedenen Geweben zugeführt wird, um dort seine specifische Wirkung zu entfalten, erscheint sehr plausibel, und steht mit den Anschauungen Voit's u. A. über den Resorptionsmodus des Quecksilbers bei der Inunctionscur in gutem Einklang. Jedenfalls beweist der nie zu verkennende therapeutische Erfolg, sowie die bei nicht sehr aufmerksamer Mundpflege auftretende Stomatitis und Salivation, dass das Calomel zur Resorption gelangt, und dieses scheint uns in erster Linie wichtig zu sein. Andererseits haben auch die in vielen Fällen angestellten Untersuchungen über die Ausscheidung des Quecksilbers durch den Harn bei Anwendung der in Rede stehenden Behandlungsmethode zu durchaus befriedigenden positiven Ergebnissen geführt.

Aus den nachstehend mitgetheilten Beobachtungsergebnissen

---

[1]) Es werden übrigens zur Zeit von Prof. Neisser Calomelsuspensionen versucht, welche die bisher bekannten Methoden bei weitem zu übertreffen scheinen.



haben wir uns bemüht, diejenigen Folgerungen zu ziehen, welche für die künftige praktische Verwerthung der Methode von Bedeutung zu sein scheinen. Zum Schlusse hielten wir es für zweckmässig, in einer kleinen, unser gesammtes Beobachtungsmaterial summarisch zusammenfassenden Tabelle eine Uebersicht über unsere Resultate zu geben, in welcher Zahl und Dosirung der Injectionen, die unangenehmen Nebenwirkungen, und soweit thunlich das Verhältniss der Recidive gebührende Berücksichtigung gefunden haben.

Die Untersuchungen und Beobachtungen wurden um die Mitte des Jahres 1884 begonnen, und bis in die jüngste Zeit fortgesetzt. Die Gesammtzahl der mit Calomelinjectionen behandelten Patienten beträgt 263, wovon 101 Fälle auf das männliche, 162 auf das weibliche Geschlecht entfallen.

An diesen 263 Patienten wurden im Ganzen 1523 Injectionen vorgenommen. Vom klinischen Standpunkte aus betrachtet, setzt sich unser Material zusammen aus

11 Fällen, die vor dem Auftreten von Secundärerscheinungen.
213 Fällen, die mit Secundärsymptomen und
39 Fällen, die mit tertiärer Syphilis behaftet in unsere Behandlung traten. Zunächst verwandten wir als Injectionsdosis 0·025 und bedienten uns beim Verordnen der Formel:

Calomelan. vap. par.
Natr. chlorat. āā 0·4
Mucilag. Gummi arab. 0·2
Aq. dest. 14·0.

Es erhielt jeder Patient täglich eine, im Ganzen 15 dieser Injectionen, und zwar erst in die Nates, dann in die Rückenhaut. Wir hatten diese geringe Einzeldosis gewählt, weil wir die unangenehme Nebenerscheinung der Abscesse, über welche die bis dahin bekannten Publicationen bei den Injectionen à 0·1 Calomel berichtet hatten, eben dieser grossen Menge Calomel zuschreiben zu müssen glaubten. In der That haben wir bei 429 in dieser Weise ausgeführten Injectionen nur 11 Mal Abscedirungen (d. h. 2·5 Percent) zu verzeichnen. Der Umstand jedoch, dass sich die Patienten, besonders die ambulanten, theils aus socialen Gründen, welche ihnen ein tägliches Erscheinen in der Poliklinik unmöglich machten, theils auch aus Indolenz oder aus Furcht vor dem jedesmaligen In-



jectionsschmerz, nicht so regelmässig wie erwünscht einfanden, wodurch die Behandlung oft vorzeitig abgebrochen wurde, veranlasste uns, zu einer grösseren Einzeldosis überzugehen und es wurden daher Injectionen von 0·06 Calomel pro dosi gemacht nach der Vorschrift:

Calomelan. vapor. parat. 3·0
Natr. chlorat. 3·0
Mucil. Gummi arab. 2·0
Aq. dest. 50·0.

Bei 326 derartigen Injectionen traten 13 Mal Abscesse auf (d. h. in 3·9 Percent) eine immerhin so geringe Anzahl, dass wir den Muth fanden, die Einzeldosis auf 0·1 zu steigern, und somit die Anzahl von sieben Injectionen, welche wir zur Einverleibung von 0·4 Calomel machen mussten, auf vier zu verringern.

Wir verschrieben uns daher:

Colomelan. vap. par.
Natr. chlorat. āā 5·0
Mucilag. Gummi arab. 2·5
Aq. dest. 50·0.

Nach einiger Zeit jedoch schieden wir den Zusatz von Muc. Gummi arab. aus, weil wir die Schmerzhaftigkeit, über welche noch immer zuweilen geklagt wurde, auf diesen Factor, resp. auf die häufige Unreinheit des Gummischleims zurückführen zu müssen glaubten, und weil es anderseits gelingt, bei entsprechender Assistenz und genügendem Schütteln der Mischung das Calomel ausreichend suspendirt zu erhalten. Man muss eben nur das Füllen der Spritze mit einer gewissen Behendigkeit ausführen. Aber auch die Menge des beigefügten Chlornatriums wurde vermindert, weil die Tendenz, in der Mischung Spuren von Sublimat zu erhalten, und somit der Entwickelung von Bacterien in der Injectionsflüssigkeit vorzubeugen, bereits durch den vierten Theil des bisher verwendeten Kochsalzes erreicht wird. Auch lag die Vermuthung nahe, dass die grössere Schmerzhaftigkeit hauptsächlich oder theilweise durch die sich schneller bildenden grösseren Sublimatmengen verursacht wird. Es ist wichtig bei der Darstellung der Injectionsflüssigkeit stets Calomel vapore paratum zu verwenden, da das auf feuchtem Wege hergestellte gewöhnliche Calomel sich, wie Smirnoff mit Recht hervorhebt,



in der Flüssigkeit gerne zu kleinen Körnchen und Kügelchen zusammenballt, welche bei der Einspritzung leicht die Canüle verstopfen.

Wir injicirten demnach schliesslich:

Calomelan. vap. parat. 5·0
Natr. chlorat. 1·25
Aq. destill. 50·0.

und machten davon jedem Kranken vier Injectionen. Diese vier Injectionen wurden zumeist in zwei Sitzungen, mit einer acht bis vierzehntägigen Pause, gegeben, und in der Regel die von Smirnoff gegebene Vorschrift, eine Hautfalte 3 Ctm. hinter dem Trochanter zu erheben und die Flüssigkeit direct in die Tiefe, in das subcutane Bindegewebe zu bringen, befolgt. Bei 768 Injectionen à 0·1 beobachteten wir 48 Abscesse d. h. (6·2 Percent).

Dabei ist zu bemerken, dass bei drei Individuen sämmtliche Injectionen abscedirten, und es hat den Anschein, dass manche Patienten eine gewisse Neigung haben, auf die Injectionen mit heftiger Entzündung zu reagiren, eine Erscheinung, für die wir einen anderen Grund, als die bei verschiedenen Individuen höchst variable Massenhaftigkeit des Panniculus adiposus nicht aufzufinden vermochten. Wir wollten jedoch nach Vereiterung der beiden zuerst angelegten Calomeldepôts resp. ihrer Umgebung, von gleichartigen weiteren nicht abstehen, um unsere Versuchsreihe nicht zu unterbrechen; eine Erwägung, welche für die Praxis nicht aufkommt, und somit vor weiteren schlechten Resultaten bewahrt, denn wir halten es in der That für praktisch zweckmässiger, bei solchen Patienten, bei denen wir nach den ersten beiden Injectionen Abscesse bekommen, von einer weiteren Anwendung dieser Methode Abstand zu nehmen, und eine anderweitige Hg- Behandlung zu substituiren; denn wir können unter solchen Umständen nahezu mit Sicherheit annehmen, dass auch die dritte und vierte Injection von der gleichen unangenehmen Nebenwirkung begleitet sein wird.

Trotz Einrechnung dieser drei ungünstigen Fälle weist unsere Statistik also nur die relativ geringe Anzahl von 6·2 Percent Abscessen auf. Smirnoff hatte bei seiner ersten Versuchsreihe 38 resp. 25 Percent, Lundberg 10 Percent, Watraszewski, Moberg, Roos 1—1½ Percent Abscedirungen verzeichnet. Bei weiteren Versuchen mit verbesserter Technik erhielt Smirnoff nur



mehr 4 Percent Abscesse und in neuester Zeit glaubt er diese unangenehme Erscheinung als extrem selten vorkommend bezeichnen zu dürfen.

Gewiss sind die Abscesse, welche nach den Injectionen auftreten, zum Theil auf den Mangel an Technik seitens des Injicirenden zurückzuführen; wenigstens sehen wir, wenn Personen, welche bisher wenige oder gar keine Einspritzungen gemacht hatten, dieselben vornahmen, viel häufiger Eiterung auftreten. Es gehört aber Uebung und peinliche Sorgfalt dazu, die Spitze der Canule mit möglichster Schonung des Fettgewebes der aufgehobenen Hautfalte bis in das subcutane Gewebe zu versenken, die Flüssigkeit nur in dieses Gebiet zu bringen, und die Spritze nicht eher zurückzuziehen, die Hautfalte nicht eher den dieselbe fassenden Fingern entschlüpfen zu lassen, als bis der Gesammtinhalt der Spritze in jene lockere Bindegewebsschicht sorgfältig entleert ist. Die Vereiterung des Stichcanales, welche Smirnoff häufig beobachtet hat, entsteht wohl nur dadurch, dass das Zurückziehen der Canule vor der Entleerung der Spritze erfolgt, und somit ein Theil des Injectum in das Fett- oder Cutisgewebe abgelagert wird. Andererseits sind die Abscesse aber auch dem unzweckmässigen Verhalten der Patienten zuzuschreiben. Manche glauben, die einverleibte Flüssigkeit, welche in der Regel nach einigen Tagen in Folge einer reactiven Entzündung zu mehr weniger umfangreicher Knotenbildung Veranlassung gibt, am besten dadurch zur Vertheilung zu bringen, dass sie nach besten Kräften darauf klopfen, drücken und kneten, Proceduren, durch welche eine Art Massage ausgeübt und natürlich die bereits vorhandene acute reactive Entzündung nur gesteigert wird. Unserer Ansicht nach wirkt das Injectum unter allen Umständen als ein Fremdkörper, der bei Individuen mit straffem engmaschigem oder geringem subcutanen Bindegewebe eine hochgradige und acutere Entzündung hervorruft, als bei solchen mit lockerem Unterhautzellgewebe. Die von dem feinvertheilten Calomelpulver an sich ausgeübte Reizwirkung darf aber jedenfalls nicht zu hoch angeschlagen werden, denn in der weit überwiegenden Mehrzahl der Fälle ist die entzündliche Reaction eine sehr mässige, sehr oft geradezu gleich Null. Wohl eher dürften die nicht immer in gleich langsamer Weise sich bildenden Sublimatmengen in manchen Fällen



die Entzündung gesteigert haben. Es gelang niemals, in den aus den Abscessen entleerten Eiterungen Klümpchen, Körnchen und zusammengeballte Massen von Calomel nachzuweisen. Uebrigens können wir mit Smirnoff nur völlig übereinstimmen, wenn er sagt, dass bei geeignetem Verhalten selbst bei Abscessbildung die therapeutische Wirkung der Calomelinjectionen kaum eine wesentliche Einbusse erleidet; denn es gelingt einerseits in den meisten Fällen, durch eine eingeleitete Antiphlogose (Umschläge mit kalten Compressen und Ruhe) die gebildeten Infiltrate, auch wenn bereits Fluctuation vorhanden ist, zur Resorption zu bringen, und einen Durchbruch nach aussen zu verhindern, andererseits werden, wenn nur die Incision nicht zu frühzeitig ausgeführt wird, in den entleerten Eitermengen keine oder doch höchstens ganz minimale Spuren von Hg gefunden, wie dies auch Finger schon in Strassburg betonte und durch neuerdings von Nega angestellte Untersuchungen sichergestellt wurde.

Auch die Infection durch zufällig eingeführte Bacterienkeime ist auszuschliessen. Wir fanden weder in Quetschpräparaten des verflüssigten Infiltrates, noch in Culturen, welche mit demselben anzulegen versucht wurden, irgend welche Mikroorganismen.

Der Inhalt, welcher sich bei Incision der fluctuirenden Geschwulst entleerte, war chocoladenfärbig, dünnflüssig, venösem Blute ähnlich, nicht übelriechend, zeigte keine Beimengung von Gewebsfetzen, dagegen reichlich Eiterkörperchen. Die Abscesshöhle war oft beträchtlich tief, die Wandungen glatt, die Heilung ging auffallend rasch vor sich. Fieberbewegungen fehlten. Wie schon Neisser hervorgehoben hat, entspricht der mehr der Bequemlichkeit halber gewählte Ausdruck „Abscess" nicht den thatsächlichen Verhältnissen. Es fehlt jedenfalls eine Vereiterung im engeren Sinne; mikroskopisch finden sich freilich Eiterkörperchen stets aber fehlen Mikroorganismen, wie Neisser aus wiederholt angestellten Culturversuchen mit Sicherheit schliessen konnte. Nach Neisser wird durch die Injection, vielleicht durch das Sublimat eine partielle Nekrose gesetzt und um diese herum etablirt sich dann eine reactive Entzündung. Schon wenige Tage nach der Injection, und selbst wenn eine Infiltration nicht deutlich zu fühlen war, wenn auch die Hautdecke keine Verfärbung erkennen liess, wa



dennoch häufig eine Temperaturerhöhung des betreffenden Glutäus zu constatiren. Wir verordneten dann das Auflegen nasser Compressen, welche mit straffen Tricotbadehosen leicht zu fixiren sind und erzielten bei Patienten, welche dieser Vorschrift sorgfältig nachkamen, neben geringerer Schmerzhaftigkeit, Freibleiben von Abscessen. Fast bei allen Injectionen, welche reactionslos, d. h. ohne Abscesse oder Hautverfärbung verliefen, war wenige Tage nach der Einspritzung eine leichte Schwellung an der Injectionsstelle zu fühlen; im Laufe der nächsten Woche wuchs sie zu Pflaumengrösse an, um bald wieder abzuschwellen und am Ende der zweiten Woche war oft nur ein kirschkerngrosses, schmerzloses Knötchen oder überhaupt nichts mehr zu fühlen. In manchen Fällen war jedoch selbst am zweiten Tage nach der Einspritzung und ebensowenig späterhin auch nur das geringste Infiltrat nachzuweisen, und die Stelle, wohin injicirt worden war, gar nicht mehr aufzufinden.

Einen besonders günstigen Einfluss der Körperruhe, sei es der absoluten durch Bettliegen, sei es der relativen durch geringere Bewegung als vorher, welch letzterer die auf der stationären Klinik untergebrachten Kranken sich befleissigen mussten, konnten wir mit Rücksicht auf die Entstehung von Abscessen nicht feststellen.

Von den 1523 Injectionen, welche wir insgesammt ausführten, wurden 381 in der Poliklinik, also bei ambulanten, 1142 in der Klinik bei stationären Kranken gemacht.

Von den 381 Injectionen abscedirten 22, d. h. 5·7 Percent, von den 1142 Injectionen 50, d. h. 4·3 Percent; ein bedeutender Unterschied ist also kaum zu erkennen; jedenfalls ist er nicht so gross, dass man dem Patienten daraufhin das Aussetzen der Arbeit und Zimmerhüten anempfehlen müsste. Nur wenige besonders empfindliche Patienten setzten die ersten zwei Tage nach der Injection forcirte Bewegungen, wie längeres Gehen, Laufen, ...cken aus; vielleicht war aber auch bei diesen durch die Canülenspitze ein Nervenast verletzt worden und dadurch eine ausnahmsweise Beeinträchtigung bedingt.

**Das weibliche Geschlecht neigt mehr zu Abscessen, als das männliche.**



Unter unseren 263 Patienten verhielt sich die Anzahl de Männer zu der der Frauen wie 1 : 1.5. Die 72 Abscesse, welch wir beobachteten, vertheilten sich auf 11 Männer mit 12 Abs cessen und 43 Weiber mit 60 Abscessen — 1 : 3·9. Zum Thei liegt die Ursache wohl darin, dass Frauen im Allgemeinen mi einem reichlicheren Fettpolster ausgestattet sind, die Injectio daher leichter in dieses, als in das subcutane Gewebe gemach wird. Je mächtiger das Fettpolster ist, desto geringer abe dürfte das Unterhautbindegewebe sein, und auch dieses Momen begünstigt das Entstehen von Abscessen. Andererseits ist wol die mässigere und leichtere Bewegung, welche die Frau auc bei der Arbeit ausführt, als Ursache der schlechteren Resorptio anzusehen.

Die Angaben über die Schmerzhaftigkeit sind sehr unzuve lässig. Die Empfindlichkeit ist bei verschiedenen Individuen z verschieden, als dass man die Aussagen erfolgreich vergleich könnte, andererseits aber besteht bei stationären Kranken, zum wenn sie merken, dass sie als Objecte einer neuen Versuchsreil gelten, das Bestreben, sich möglichst als Märtyrer hinzustelle und durch ungünstige Angaben ein Aussetzen der Versuche he beizuführen.

Von den 263 Kranken klagten 32 über starke Schmerze dieselben wurden jedoch zumeist erst durch Berührung und Dru auf die Glutaei hervorgerufen und hielten auch meist nur wenig Tage an.

Der gleichzeitige Gebrauch von Jodkalium neben den I jectionen hat den Verlauf der letzteren nicht wesentlich beei flusst. Bei 39 derartigen Patienten (21 Männern, 18 Weiber welche insgesammt 200 Injectionen erhielten, traten 12 Absces auf; unter ihnen war eine Patientin, bei welcher sämmtliche vi Injectionen vereiterten.

Stomatitis trat bei unseren 263 Kranken fünfzehnmal a Bis auf einen Fall war dieselbe stets gutartigen Charakters; die eine Patientin jedoch, welche in der dritten Woche nach ihr Entlassung (sie hatte sieben Injectionen à 0·05 erhalten) wied zu uns kam, zeigte die hochgradigsten Erscheinungen der Stom tocace mercurialis. Das Gesicht war bis zur Unkenntlichkeit g schwollen, die zwischen den Zahnreihen liegende Zunge konnte



Folge der Volumzunahme nicht zurückgezogen werden und zeigte partielle Druckgangrän; auch bestand bedeutender Speichelfluss, und es fiel ihr schwer, selbst flüssige Nahrung zu sich zu nehmen. Zu bemerken ist jedoch, dass diese Patientin durch einen Aufenthalt im Gefängniss verhindert wurde, die ihr angerathene Mundpflege durchzuführen, und dass sie von der Gefangenaufseherin erst mit ihren bedrohlichen Symptomen dem Arzte vorgeführt wurde.

Von den 16 Stomatitiden waren nur sechs in der Klinik aufgetreten, und auch diese nur in Folge von Nachlässigkeit seitens der Patienten.

Die übrigen zehn hatten sich erst nach Entlassung der Patienten entwickelt. Wäre unser Institut nicht so überfüllt, dass wir die Patienten alsbald nach der letzten Injection entlassen müssten, könnten wir sie noch weitere vierzehn Tage in unserer Beobachtung und Pflege behalten, so wäre eine Stomatitis fast völlig zu vermeiden.

Bei den ambulanten Patienten, wo eine Beaufsichtigung unmöglich ist, hängt das Auftreten einer Stomatitis wesentlich von einer eindringlichen Belehrung seitens des Arztes und einer entsprechenden Befolgung der bekannten Vorschriften von Seiten der Patienten ab. Der aus theoretischen Gründen erhobene Einwand, dass den Calomelinjectionen ein Nachtheil deshalb anhafte, weil wir bei eventuell auftretender Stomatitis nicht in der Lage sind, die Hg-Behandlung zu unterbrechen, indem sich aus den einmal gesetzten Calomeldepôts aus fort und fort Sublimat bilde, wird durch die praktischen Erfahrungen und durch die später zu erwähnenden Untersuchungen Landsberg's über die Hg-Ausscheidung bei der Calomel-Injectionscur gegenstandslos. Bei mangelhafter Mundpflege seitens indolenter Patienten, und bei Anwesenheit sonstiger prädisponirender Momente, auf deren Beseitigung das Augenmerk des Arztes eben stets gerichtet sein muss, wird man es nie, bei welcher Hg-Behandlung auch immer, vermeiden können, dass eine mehr weniger hochgradige Stomatitis sich entwickelt.

Thatsächlich ist es uns in den letzten Monaten, in denen auf diesen Punkt eine ganz besondere verschärfte Aufmerksamkeit





verwendet wurde, gelungen, auf der stationären Klinik jede auch noch so geringgradige Mundentzündung überhaupt zu vermeiden. Ebenso wie bei den Abscessen ist auch bei der Stomatitis ein Ueberwiegen der weiblichen Kranken zu beobachten. Die 16 Fälle vertheilen sich auf 3 Männer und 13 Frauen.

Eine Erklärung haben wir dafür nicht finden können. Wir können nur, ebenso wie Smirnoff, im Allgemeinen als für beide Geschlechter giltig eine Prädisposition zur Stomatitis in schlechten cariösen Zähnen, in Mundkatarrh, in Anämie und Altersmarasmus und in dem Aufenthalt in schlechter von Hg-Dämpfen imprägnirter Luft sehen.

Wenig galant aber vielleicht nicht ganz unwahr dürfte die Behauptung sein, dass die Weiber im Allgemeinen, aber insbesondere bei den ungebildeten Ständen, ein oft sehr geringes Begriffsvermögen für den Werth von hygienischen Massnahmen besitzen.

Der therapeutische Erfolg ist bei den Calomelinjectionen niemals ausgeblieben. Von dem schnellen Schwinden maculöser Exantheme wollen wir absehen, weil das Auftreten desselben seitens der Patienten häufig gar nicht beachtet wird und die Angaben, wie lange es vor Beginn der Behandlung bestanden hat, keinen Anspruch auf Zuverlässigkeit besitzen. Aber auch wenn wir nur am papulösen Syphilid unsere Beobachtungen anstellen wollen, dessen Erscheinung doch am ersten Tage dem Kranken sichtbar und fühlbar wird, können wir constatiren, dass schon am Ende der ersten Woche nach den ersten beiden Injectionen dasselbe auffallend zurückgegangen, häufig gänzlich geschwunden ist, und dass wir nur, um an unserem Grundsatze, 0·4 Calomel einzuverleiben, festzuhalten, uns zu zwei weiteren Injectionen entschlossen.

Ganz eclatant war der Erfolg bei mehreren Fällen der so häufig gleichzeitig mit papulösen Syphiliden vorkommenden Iritis specifica. Ja, wir wüssten keine Methode anzugeben, welche mit gleicher Sicherheit und Schnelligkeit die Symptome der syphilitischen Regenbogenhautentzündung beseitigt. In einem einzigen Falle sahen wir uns genöthigt, nachdem sechs Injectionen à 0·1 ein Schwinden von Papeln an den Genitalen noch nicht bewirkt hatte, die Kranke noch mit Ung. hydr. cin. einreiben zu lassen.



Sechs Päckchen à 3·0 genügten, um sie symptomfrei entlassen zu können. Doch scheint es auch für diesen Fall wahrscheinlich, dass die noch lange Zeit fortdauernde Wirkung der Calomeldepôts im Verein mit localer Behandlung den gleichen Effect erzielt hätten.

Recidiven stellten sich in 38 unserer 263 Patienten ein. Zumeist bestanden dieselben in Plaques muqueuses; doch finden sich auch zahlreiche maculo-papulöse Exantheme. 16 Recidiven traten bei Patienten auf, deren Injectionen zum Theil abscedirt waren. Von den mit tertiären Erscheinungen behafteten Individuen war kein Recidiv zu verzeichnen. Zu einem brauchbaren Urtheile, wie weit die Injectionstherapie im Stande ist Recidive zu verhüten, sind von unseren 263 Kranken im günstigsten Falle[1]) 110 heranzuziehen, welche als puellae publicae wöchentlich vom Arzte untersucht, und sobald sie als krank befunden wurden, sich wieder unserer Behandlung unterwerfen mussten.

Von den 110 Patienten zeigten 18 Recidive; 57 dieser Mädchen hatten jedoch vor ihrer Behandlung mit Injectionen bereits anderweitige antiluetische Curen durchgemacht, und nur die restirenden 53 waren allein mit Calomelinjectionen behandelt worden. Von diesen 53 Patientinnen wurden 13 von Recidiven heimgesucht, also circa 26 Percent, welche Ziffer fast vollständig mit der von Smirnoff angegebenen übereinstimmt.

Vor Auftreten von Secundärerscheinungen haben wir 11 Kranke mit Calomelinjectionen behandelt; 3 von diesen haben sich nach Beendigung ihrer Cur nicht mehr bei uns eingefunden, die übrigen 8 wurden von secundären Symptomen nicht verschont. Die Anzahl dieser Fälle ist aber zu gering, als dass wir uns ein Urtheil darüber erlauben könnten, ob die Intensität der Secundärerscheinungen durch die Injectionen beeinflusst wird; noch weniger darüber, ob durch Injectionen, welche alsbald nach Erkennen der Initialsclerose gemacht werden, Secundärerscheinungen überhaupt verhindert werden können. Wir sind im Begriffe, Material zur Lösung dieser Frage zu sammeln.

Ueber den Nachweis des Hg im Harn nach Calomelinjec-

[1]) Ueber die Mangelhaftigkeit aller Recidivstatistiken hat der eine von uns (K.) sich bereits früher (S. Viertelj. 1883. 1) ausführlich geäussert.





tionen hat Landsberg [1]) an unserem Institut Untersuchungen angestellt und erlauben wir uns aus der soeben erschienenen Arbeit Folgendes als hieher gehörig mitzutheilen:

„Bereits 16—24 Stunden nach der Injection von 0·2 Calomel war das Hg im Harn nachweisbar. Die Menge steigerte sich in den nächsten Tagen und erreichte am dritten bis fünften Tage ihr Maximum, auf dem sie mit geringen Schwankungen und individuellen Abweichungen mehrere Wochen hindurch bleibt. Später werden die Quanta geringer, die Schwankungen grösser, bis schliesslich der Nachweis nicht mehr constant gelingt. Bleibt man bei einer einmaligen Injection nicht stehen, sondern wiederholt man dieselbe, so wird durch die späteren Injectionen, falls dieselben noch während der Constanz erfolgen, eine Aenderung in der Ausscheidung nicht veranlasst, sondern nur die Remanenz, respective Constanz der Ausscheidung verlängert. Es richtet sich also die Quantität und Constanz der Ausscheidung nicht nach der Quantität der Injectionen, wohl aber ist von letzterer die Remanenz und insbesondere die Dauer der Constanz direct abhängig." Bei einer Patientin, welche mit einer dreimonatlichen Zwischenpause zwei Mal je 4 Injectionen à 0·1 Calomel erhalten hatte, war noch nach dreizehn, resp. zehn Monaten Hg im Harne nachzuweisen.

Die Injectionen erfüllen also ihre Aufgabe, den Körper lange Zeit unter Hg-Wirkung zu halten, vollkommen. Da ausserdem Landsberg nachgewiesen, dass durch zwei fernere Injectionen à 0·1 die Remanenz des Hg verlängert wird, ohne die Quantität der Ausscheidung zu steigern, so können wir auch den theoretischen Einwand, dass die Calomelinjectionen leichter eine schwere Stomatitis als andere Methoden herbeiführen, für beseitigt erachten.

Auf Grund der hier mitgetheilten Beobachtungen ist daher an der bereits von Neisser und Smirnoff geäusserten Werthschätzung der Calomelinjectionen in jedem einzelnen Punkte festzuhalten und die Ausübung derselben als einer der Schmiercur gleichwerthigen jedoch bequemeren, zuverlässigeren und billigeren Cur auf das Beste zu empfehlen.

[1]) Ueber Ausscheidung von Hg aus dem Organismus mit besonderer Berücksichtigung des Calomel. Inaug.-Diss. Breslau 1886.



# Uebersichts-Tabelle.

| Calomel-Einzel-dosis | Zahl der Patienten | Zahl der In-jectionen | Zahl der Abscesse | Zahl der Recidive | Stoma-titis | Starke Schmer-zen |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 0·025 | 40 { 12 M. 28 W. | 429 | 11 { 3 M. 6 W. = 2·5% | 3 { 2 M. 1 W. | 1 M. | 4 W. |
| 0·06 | 66 { 18 M. 48 W. | 326 | 13 { 1 M. 11 W. = 3·9% | 5 { 1 M. 10 W. | 5 W. | 13 { 1 M. 12 W. |
| 0·1 | 157 { 72 M. 85 W. | 768 | 48 { 7 M. 26 W. = 6·2% | 10 { 7 M. 17 W. | 10 { 2 M. 8 W. | 15 { 6 M. 9 W. |
| | 263 { 102 M. 161 W. | 1523 | 72 = 4% der Inject. | 38 { 10 M. 28 W. | 16 { 3 M. 13 W. | 32 { 7 M. 25 W. |

Aus der k. k. deutschen dermatologischen Universitätsklinik des Prof. F. J. Pick in Prag.

# Ein Fall von Lupuscarcinom.

Mitgetheilt von

**Dr. R. Winternitz,**

Assistent der Klinik.

Sehen wir von jenen Fällen ab, wo sich ein Neugebilde auf einer lange Zeit bestehenden Narbe eines spontan oder therapeutisch geheilten Lupus entwickelt, so haben wir eine zweite Reihe übrig, die die Entstehung von Epitheliomen auf floridem Lupusgewebe zeigt. Vorläufig, wo wir das beiden Reihen etwa gemeinsame ursächliche Moment nicht kennen, ist diese Trennung von Lang[1]) angeregt, um so passender, als sich bei den Lupuscarcinomen klinische und mikroskopische Gesichtspunkte für die Entwicklung und Ausbreitung eines Carcinoms im Lupus selbst finden lassen. Die langjährige Dauer dieses Entzündungsprocesses, die so häufigen epithelialen Wucherungen hiebei und die Hinfälligkeit des Mutterbodens wurden ja auch von Lang, Busch u. A. erklärend herangezogen.

Dass nun unter letzteren Verhältnissen doch erst ein bestimmter Anstoss die Malignität der Epithelhyperplasie bedingt, erhellt aus der verhältnissmässig geringen Zahl der Lupuscarcinome gegenüber der Menge der Lupusfälle und aus der Beobachtung der Formen von epitheliomartigem Lupus, die trotz mikroskopisch gleichem Verhalten klinisch differiren. Um beispielsweise

[1]) Lang, Lupus und Carcinom, Vierteljahreschr. f. Derm. u. Syph. 1874, 2. H.



den zweiten Fall von Schütz[1]), den er selbst mehr als epitheliomartigen Lupus im Sinne Busch's bezeichnet, heranzuziehen, so fehlt eine Gruppe klinischer Momente: Die Weichheit des Grundes, die gehäufte Multiplicität der Epitheliomentwicklung, das Fehlen von Drüseninfection, die sich doch gewöhnlich in Fällen so multipler Carcinome findet, das Ausbleiben von Recidiven (nach Auskratzung) an irgend einer Stelle, scheinen diesen und ähnliche Fälle aus dem Bilde des Carcinoms auszuschliessen.

---

In Folgendem gebe ich die Beschreibung eines Falles aus der Klinik des Herrn Prof. Pick, der die Entstehung eines Carcinoms auf lupösem Boden zeigt. Da auch einige Punkte, die den Lupus des Patienten betreffen, bemerkenswerth sind, so markirt die Anamnese auch Beginn und Verlauf desselben.

J. K., 45jähriger verheiratheter Bergmann, 16. Februar 1886 auf unsere Klinik aufgenommen, war bereits 1881 und 1882, jedesmal kurze Zeit mit Lupus in hiesiger klinischer Behandlung. Vater an Cholera, Mutter an Tuberculose, drei Geschwister sehr jung an dem Kranken unbekannten Krankheiten gestorben, zwei jüngere Brüder leben, sind gesund, verheirathet, ebenfalls Bergleute im gleichen Orte. Kein Verwandter soll je an Lupus oder Carcinom gelitten haben. Vom sechsten bis zehnten Jahre litt er an mehrfachen aus Beulen entstandenen Abscedirungen an den unteren Extremitäten und dem Stamme (rechter Oberschenkel, rechte Leiste, linker Rippenbogen), die nach verschiedener Dauer auf Hausmittel mit breiten, zum Theile eingezogenen Narben ausheilten. Ob er je gehustet, weiss er nicht, Nachtschweisse vom 15.—20. Jahre.

Als er 33 Jahre alt, einst arbeitend im Schachte stand, riss ihn ein fallendes mannsgrosses Felsstück unter mehrfachen Verletzungen zu Boden; die rechte Ohrmuschel war ihm zum Theile abgetrennt worden, die rechte Wange nahe dem Unterkieferrande zerschunden (einige Zähne herausgeschlagen), ein kreuzergrosses Stück am rechten Knie abgeschunden. Während der ein halbes Jahr erfordernden Heilung entstanden am Rande der neuen Narbe an der rechten Wange rothe Knötchen, die eine gelbliche Spitze trugen und auf Druck Eiter, Serum und Blut ent-

[1]) Schütz. Ueber Lupuscarcinom, Monatsh. f. pr. Derm. Nr. 3, 1885.

leerten. Die persistirenden Knötchen verbreiterten sich und neue traten neben ihnen auf. Ein Jahr nach der Heilung der Verletzung entstand über dem Manubrium sterni in normaler Haut eine ähnliche Affection mit demselben Verlaufe, desgleichen am rechten Knie am Rande der nach dem Trauma entstandenen Narbe. Seither in der rechten Kniekehle, am rechten Oberschenkel, linken Knie u. s. w. ähnliche Efflorescenzen.

Als Patient 1881 auf hiesiger Klinik lag, bot er das Bild eines ausgebreiteten Lupus verschiedenster Körperstellen. Hervorgehoben ist in der damaligen Krankengeschichte, dass an der linken Wange, nahe dem Unterkieferwinkel, da wo später das Carcinom entstand, eine zwei Thaler grosse Partie mit einer Borke bedeckt war, unter welcher erodirte papilläre Excrescenzen sich fanden. Während gegen den Lupus blos eine indifferente Therapie platzgriff, weil der Kranke nur die Wucherungen beseitigt sehen wollte, wurden die Wucherungen, als sie stärker emporschossen, durch Aetzung zum Schwinden gebracht.

Drei Monate vor seinem jetzigen Eintritte bemerkte Patient an einer nagelgrossen Stelle vor und über dem linken Unterkieferwinkel an der lupös erkrankten Haut eine dicke Borke; Druck auf dieselbe schmerzte lebhaft. Als er sie abriss, sah er die Stelle mit Höckerchen besetzt, zwischen denen feine Löcher in die Tiefe gingen. Rasch und unter Schmerzen wuchs die Affection in die Höhe und Breite. Ein Landarzt versuchte einmal, die Wucherungen zu kappen, doch schossen sie in Kurzem wieder nach. Bei seiner Aufnahme, 12. Februar 1886, bot er folgenden Status:

Mittelgross, kräftig, schlecht genährt, Percussion der Lunge und des Herzens normal, Auscultation: L.O.H. und L.O.V. abgeschwächtes Athmen, R. H. ad bas. rauh. Am freien Rande der linken Arcade ein weisser, narbenartiger Streifen.

Die Haut des Gesichtes, ausgenommen Stirne und Nasenrücken rechts, die der verschrumpften Ohrmuschel, des Halses und der zunächst angrenzenden Rumpfpartien ist diffus geröthet, lamellös schuppend, verdickt, zum Theile sehr gespannt, mit Narbenzügen und Lupusherden durchsetzt. Dichtgedrängte, zusammenfliessende Herde an den beborkten, stark infiltrirten Rändern. Tarsus inf. oc. utr. geschrumpft, Ektropium, Conjunct. palpebr. in verdickte, xerotische,



schmutzigrothe Flächen mit randständigen, rinnenartigen Geschwürchen verwandelt. Macula corneae s.

Die Innenseite des rechten Oberschenkels, der rechten Kniekehle und Scheibe und der rechte Ellbogen zeigen in thaler- bis über handtellergrosser Ausdehnung dieselben Veränderungen wie das Gesicht mit noch beträchtlicherer, derber Infiltration. An der Aussenseite des linken Fussrückens eine papillär wuchernde Fistel, die zu rauhem Knochen führt (seit sieben Monaten bestehend, Ostitis luposa?).

Innerhalb der lupös veränderten Haut der linken Wange, drei Ctm. vom Mundwinkel, der Ohrmuschel und dem Auge entfernt, sitzt ein Tumor, der 4 Ctm. tief auf die untere Fläche des Unterkiefers herabreicht, 9 Ctm. lang, 7 Ctm. breit und $3^1/_2$ bis 5 Ctm. hoch ist. Er sitzt mit einer deutlich halsartig eingeschnürten Portion der Unterlage auf, die ihn umgebenden Hautränder sind unterminirt, wulstig übergekrempt, derb. Der Tumor ist grobhöckerig, roth, seine Oberfläche stellenweise Epidermis tragend und grösstentheils mit stinkenden Secretborken bedeckt. Consistenz derb, Epithelperlen nicht herausdrückbar, Druck schmerzhaft. Vom Knochen überall gut abhebbar, von der Schleimhaut des Mundes lässt sich ausser einem derben Gefühle unter der aussen anliegenden Geschwulst nichts constatiren. Submaxillar- und Nuchaldrüsen nicht geschwellt, Axillares beiderseits überlinsengross, mässig consistent, Inguinales multipel bis bohnengross.

Der obere Rand der linken Ohrmuschel zeigt gleichfalls eine viel kleinere, etwa bohnengrosse, papillär gewucherte, von Epidermis theilweise entblösste, sehr schmerzhafte Schwellung, bei deren Anblick ein Vergleich mit der früher beschriebenen Geschwulst der Wange — abgesehen von der Grösse — sich aufdrängt. Struma besonders rechts.

Die Untersuchung von mit Pikrocarmin, Hämatoxilin und Safranin gefärbten Schnitten aus der Oberfläche der Geschwulst und der Uebergangszone zu derselben, die vor und nach der Operation gemacht wurden, ergab:

Entfernt der Geschwulst ($1^1/_4$ Ctm.) eine geringe Hornschichte, ein mässiges Retelager, niedrige Papillen. Das Corion von zahlreichen fast parallel verlaufenden, unter einem Winkel



von etwa 60° gegen die Hautfläche gerichteten Gefässen durchzogen; längs derselben, namentlich aber längs den in den tieferen Schichten gelegenen, der Hautfläche gleichgerichteten Gefässen ist eine strangförmige, kleinzellige Infiltration sichtbar, an vielen Orten unterbrochen von runden und verzweigten Herden, die den Ramificationsstellen entsprechen. Zerstreut finden sich charakteristische bis ins Stratum corneum reichende, grosse Lupusherde, aus mehreren kleineren zusammengeflossen, mit degenerativen Vorgängen im Centrum und reichlich vorhandenen Riesenzellen. Fettläppchen und Schweissdrüsenknäuel sind manchmal bis zur Unkenntlichkeit der ursprünglichen Form diffus oder herdweise rundzellig infiltrirt, ebensolche Herde sitzen den Wänden grosser Hautvenen auf.

Der Geschwulst näher wachsen die Retezapfen in die Länge und Breite, meist nur kurze Sprossen treibend; nach einer kurzen Strecke erscheinen andere, die sich in der Tiefe nochmals zu einem breiten Epithellager vereinigen. Von solchen Stellen sieht man sehr verlängerte Zapfen bogenförmig anderen entgegenstreben, die bereits aus der äussersten Geschwulstpartie abzweigen. Gleich darauf eröffnet ein ungefähr fünffach verlängerter und sehr verbreiterter Retezapfen mit schmalen seitlichen Zweigen, einer kolbigen Auftreibung nahe seinem Ende und einer verhornten Epithelperle zwischen vergrösserten, wie gequollenen Zellen, die epitheliale Wucherung. In breiten, streckenweise kolbig erweiterten Zügen, die vielfach zusammenfliessend ein epitheliales Netzwerk bilden, wachsen nun die Zellen des Rete in das Gewebe der Haut bis nahe zu den Schweissdrüsenknäulen hinein; je weiter gegen die Mitte der Geschwulst, von deren Grund blos eine ein Centimeter breite Randpartie untersucht werden konnte, desto tiefer geht die Epithelproliferation, so dass an einem Schnitte (ungefähr $^3/_4$ Ctm. vom Rande), die stark zellig infiltrirten Reste eines Schweissdrüsenknäuls bereits von Epithelmassen umwachsen erscheinen. An den Randpartien der Geschwulst, d. h. an dem die Einschnürungszone umgebenden infiltrirten Hautrand, reichen ziemlich beträchtliche Hornlager von der mässig verbreiterten Hornschichte aus tief zwischen die Retezapfen hinein, stellenweise in ziemlich dicken, oft kugelig aufgetriebenen Linien zusammenfliessend.



Vielgestaltig sind die Zellen der epithelialen Neubildung: während die in den oberen Lagen sich häufig als Stachelzellen präsentiren, ändern die in den tieferen Schichten beständig Form und Färbung. Im allgemeinen sind die äussersten Zellen der vordringenden Zapfen, und die Zellen der schmäleren, d. i. jüngeren Zapfen kleiner, ihr Leib, besonders aber der Kern stärker gefärbt, während die gegen die Centren gelegenen, regellos oder concentrisch geschichteten Zellen oft zu riesiger Grösse aufquellen, blass, glasig aussehen und einen grossen, blassen Zellkern mit oder ohne Kernkörperchen besitzen. Innerhalb der Zapfen, besonders im Uebergangstheile der Geschwulst, sind massenhaft Epithelperlen und eigenthümlich grosse Zellen in mehr weniger vorgeschrittenem Stadium der Verhornung. Erst in den Schnitten aus der Oberfläche des eigentlichen Epithelioms (etwa der Mitte entnommen), in denen auch die früher beschriebenen Hornlager fehlen, treten unverhornte Epithelperlen mit vielkernigen, gut tingirten Zellen im Centrum auf. Keineswegs fehlen aber Verhornungsprodukte an diesen Stellen überhaupt; vielmehr zeigen die Centren der Zapfen in raschem Uebergange von grosskernigen Zellen und freien Kernen zum Theil oder gänzlich verhornte Schichten von nicht unbeträchtlicher Mächtigkeit.

Am Grunde der Geschwulst, besonders schön dort zu sehen, wo Lupusherde sich finden, dringen die Epithelmassen als längsgestreckte Züge in das Stroma, sich in feine Streifen zerfasernd. Die Zellen gleichen dünnen Spindeln mit langem Kern und mehreren Kernkörperchen. Sie von gewucherten Bindegewebszellen zu unterscheiden, ist äusserst schwer. Ein Uebergang aber in Lupuselemente oder vielmehr letzterer in epitheliale lässt sich hier ebensowenig als an Stellen inmitten der Geschwulst, in denen man Lupusherde nachweisen kann, entdecken. Wohl aber zeigen solche an und zwischen Lupusheerde gelangte Geschwulsttheile blässere Färbung und undeutliche Contouren ihrer Zellen, d. i. degenerative Vorgänge.

Im Einzelnen hervorzuheben sind mitten zwischen den Geschwulstpartien vorfindliche Gruppen von Zellen, mit zu Häufchen und Ketten von fünf und mehr angeordneten Kernen.

Die bald zungen- bald nestförmig überhaupt mannigfach gestalteten Lücken zwischen den epithelialen Wucherungen füllt



ein Bindegewebe aus, dessen spindelförmige Zellen vom Rande der Geschwulst gegen das Centrum ungemein an Grösse und Formnuancen zunehmen. Es dringt stellenweise mit körnig zerfallenden Massen bedeckt (Ulceration) bis zur Oberfläche der Geschwulst, und gewiss ist es der starken, den papillären Typus einhaltenden Wucherung dieses Stromagewebes zuzuschreiben, dass das Epitheliom gleich anfangs, wo es noch nicht zu den Schweissdrüsenknäulen vorgedrungen ist, einen Dickendurchmesser von über 1¼ Ctm. erreicht. In den unteren Partien ist es dicht rundzellig infiltrirt und an der tiefsten Grenze (gesehen am Uebergangstheile und Anfangsstücke der Geschwulst!) ist ein leichter Wall von entzündlicher Infiltration mit deutlichen lupösen Herden. Die Gefässe haben ein gewuchertes Endothel und eine äusserst hypertrophische Muscularis; in ihrer Umgebung sind intensiv tingirte, wechselnd grosse Kerne sichtbar, die manchmal in die Epithelmassen eindringen. Ich sah auch spaltenartige, mit einfachem Endothel bekleidete Lücken (Lymphspalten?), deren Wand exquisit grosse, wie epitheloide Kerne anlagerten. (Die papillären Wucherungen an der Ohrmuschel wurden nicht untersucht.)

Dies der Befund; bezüglich des weiteren Verhaltens des Kranken Folgendes:

Während seines neunzehntägigen Aufenthaltes auf hiesiger Klinik wuchs die Neubildung rasch in Höhe und Breite. Der der Basis zunächst liegende gewulstete Rand zeigte sich fortschreitend stärker unterminirt und infiltrirt. Herr Prof. Gussenbauer, auf dessen Klinik nun der Kranke behufs Operation transferirt wurde, exstirpirte die Geschwulst weit im Gesunden. Ohne Aufenthalt granulirte der fast handtellergrosse Substanzverlust rein und kräftig aus der Tiefe und unter bedeutender Heranziehung der lupösen, zum Theile narbigen Partien der Wange und des Halses trat Verkleinerung und Schliessung der Wundstelle ein.

Merkwürdig war im Anfange, trotz sorgfältigen Verbandes (Sublimatspülg. 1 : 1000, Sublimatmull 1 Percent, später Jodoform), das Auftreten grünen Eiters, aus dem ein grüner Coccus gezüchtet wurde; lehrreich war, wie unter dem allmäligen Zuge der vernarbenden Wundfläche die entzündliche und lupöse Infiltration der umgebenden Haut des Halses beträchtlich zurückging.



Jene früher beschriebenen papillären Excrescenzen an der linken Ohrmuschel schwanden unter dem Verbande vollständig. Bis heute 1. September 1886, wo Patient auf hiesiger Klinik verharrt, fast sechs Monate nach der Operation, ist keine Recidive; die Wundstelle bietet eine thalergrosse, durch ihre ganze Dicke sehr harte Narbe mit collodiumartig dünner Epitheldecke, die feinste Gefässverzweigungen zeigt, und deren Mitte eine kreuzergrosse Erosion einnimmt; letztere unterhalten von dem Secrete aus der Fistel des getroffenen Parotisausführungsganges. Die Drüsen sind normal. Ausser einem zehntägigen Erysipel, ausgegangen von der Conjunctiva, ausser Fortschreiten des Lupus über den Nasenrücken nach rechts und Auftreten typischer Lupusherde um die eingangs erwähnte Fistel am linken Fussrücken, ist das Befinden des Kranken bisher ein befriedigendes geblieben.

---

Bei übersichtlicher Zusammenstellung der Arbeiten über das Lupuscarcinom scheinen sich einige typische Punkte zu finden, die auch der von uns beschriebene Fall wiederholt. Bei Patienten, die zum kleinen Theile unter 30, zu grösserem Theile über 40 Jahre alt waren (3 : 10), entwickelte sich an einer ein bis mehrere Jahre lupös erkrankten Stelle namentlich des Gesichts (das Verhältniss gegenüber anderen Körpertheilen ist ungefähr 5 : 1) eine Geschwulst, die als erhabene, oft halsartig eingeschnürte kirsch- bis mannsfaustgrosse Wucherung, mit zerklüfteter, drusiger Oberfläche in ärztliche Beobachtung kam. Volkmann sah gleichzeitig zwei solche Geschwülste an Nase und Wange einer Patientin. Eine Ausnahme bildet die Beobachtung Lang's, wo es durch rapide Zerstörung der neugebildeten Geschwulstmassen und des Mutterbodens zu Entwicklung einer gewissen Höhe oder Derbheit des Grundes und der Ränder gar nicht kam (flaches Krebsgeschwür). Die meisten Geschwülste wuchsen äusserst rasch, manchmal unter heftigen Schmerzen. Veränderungen der Drüsen werden selten erwähnt, obzwar sie besonders in den ungemein vorgeschrittenen der beschriebenen Fälle gewiss vorhanden waren; nur Volkmann lässt eine operirte Kranke an Recidive und cancroider Infiltration der Drüsen zu Grunde gehen, Lang beobachtete in seinem Fall frühzeitig weiche Schwellung und raschen Zerfall der regionären Lymphdrüsen und in dem Falle Böhm



(publicirt von H. v. Hebra) war Infiltration und Induration der entsprechenden Drüsen vorhanden. Mikroskopisch ergeben sich die bekannten kolben-, strang- und nestförmigen epithelialen Wucherungen, die vom Rete aus in ein oft papillomatös aufstrebendes, theils entzündlich, theils lupös infiltrirtes Stroma eindrangen.

Eine Entwicklung von Carcinom aus Lupuselementen wurde nicht gesehen und ein Zusammenhang nur insoferne angenommen, als die bei Lupus so häufigen Epithelhyperplasien (Hebra, Busch) die Entstehung eines Carcinoms begünstigen und dieses „in das von Lupus erweichte Gewebe viel leichter und schneller eindringen und somit in viel kürzerer Zeit grosse Ausbreitung erlangen kann, als es sonst der Fall ist" (Lang). Und hiermit kommen wir zur Frage der Malignität der in Rede stehenden Geschwülste; es scheint, dass diese sich allmälig günstiger gestaltet, als anfangs unter dem Eindruck der bis zur Inoperabilität vorgeschrittenen Fälle sich ergab. Während gewisse Operirte an Recidiven (Fälle von Weber, Volkmann), andere unheilbare nur palliativ oder gar nicht Behandelte an der fortschreitenden Geschwulst, beziehungsweise Cachexie endeten, sind schon einzelne Fälle (je einer von Hebra, Volkmann, Kaposi, zwei von Schütz) als geheilt beschrieben worden. Zu ihnen gesellt sich der von uns besprochene.

Das Verfahren war ein verschiedenes: Hebra heilte seinen Kranken durch Aetzung mit modif. Canquoin'scher Paste und nachher Kali en crayon; bei Volkmann's, Schütz's Fällen und dem hier beschriebenen half das Messer; bei Kaposi's Falle wurde ein combinirtes Verfahren, elastische Ligatur, Galvanokaustik, und da diese Mittel nichts nützten, endlich Kali en crayon angewendet.

Ich schliesse mich der Meinung derjenigen an, die bei diesen Neubildungen, wenn es überhaupt möglich ist, in Rücksicht auf das rasche Wachsthum das Messer wählen, nicht die wiederholt anzuwendenden Aetzmittel; denn gedeckt von dem Schorfe, gereizt durch die Aetzung, gerathen möglicherweise zurückbleibende Geschwulsttheile in raschere Wucherung und stellen den Erfolg noch mehr in Frage.

Meinem geehrten Chef, Herrn Prof. Pick, spreche ich für die gütige Ueberlassung des Falles meinen verbindlichsten Dank aus.

Aus der königl. dermatol. Klinik des Prof. Neisser in Breslau.

# Ueber Zoster und Herpes facialis und genitalis.

Von

**Dr. Ernst Epstein,**
Assistenten der Klinik.

Die Frage von der Identität des Zosters und des Herpes fascialis und genitalis ist schon in v. Bärensprung's[1]) grundlegender Arbeit über die „Gürtelkrankheit" des genaueren erörtert. v. Bärensprung bezeichnet die beiden letzteren Affectionen geradezu als Zoster labialis und Zoster genitalis und erklärt sie — für den Genitalherpes stellt er dies freilich nur als eine sehr wahrscheinliche Hypothese hin — für Zosteren, die auf einzelne Endverzweigungen des N. trigeminus resp. des N. pudendus beschränkt wären. Es ist bei dieser Einreihung der genannten Herpesformen unter die Zosteren zunächst für ihn massgebend die vollständige morphologische Uebereinstimmung der Efflorescenzen in Form, Gruppirung, Ablauf. Für den Gesichtsherpes im besonderen weist er darauf hin, dass in der Mehrzahl der Fälle die Bläschen nur eine Seite des Mundes einnehmen. Das ziemlich häufige doppelseitige Vorkommen des Herpes labialis gibt er zu, aber er macht darauf aufmerksam, dass auch der Zoster die Mittellinie um ein geringes überschreiten kann. Eine weitere Thatsache, die er im Sinne der Identität von Zoster und Herpes facialis deutet, ist, dass die aphthöse Entzündung der Mundschleim-

[1]) Vergleiche das Literaturverzeichniss am Schlusse der Arbeit.





haut, von der der Gesichtsherpes öfters begleitet ist, sich zuweilen — er führt dafür aus der Literatur, wie aus eigener Beobachtung einige Fälle an — wie beim typischen Zoster genau halbseitig begrenzt.

Weiterhin war es dann Gerhardt, der in einem kleinen Aufsatze „Ueber Zoster facialis" die Annahme v. Bärensprung's fortentwickelte. Es erwies sich da als ein ungemein fruchtbringender Gedanke, den Beziehungen nachzugehen, welche zwischen dem bei acut fieberhaften Krankheiten auftretenden Gesichtsherpes und der Temperatursteigerung obwalten. Zunächst stellte sich heraus, dass ganz analog, wie beim typischen Zoster die prodromale Neuralgie, wo sie vorhanden ist, so bei der Hydroa febrilis der initiale Frost im Mittel drei Tage dem Ausschlage vorausgeht. Damit war auf den initialen Frost als den muthmasslichen Moment des krankheiterzeugenden Reizes hingewiesen. Um nun zu erklären, wie die Temperatursteigerung gerade auf die kleinen Trigeminusäste eine Reizwirkung ausübt, zog Gerhardt deren Verlauf in engen Knochenkanälen heran, in welchen sie je mit einer kleinen Arterie zusammenliegen. Diese Arterien erfahren im Beginne des Fieberanfalles eine beträchtliche Verengerung, der alsbald im Hitzestadium eine Erweiterung folgt.[1]) Dabei wird unter Umständen die Arterie die begleitenden Nervenstämme gegen die harte Unterlage andrücken und so dieselben mechanisch reizen können. In der ungezwungensten Weise erklärt diese scharfsinnige Hypothese auch das schon von v. Bärensprung berührte eigenthümliche Verhältniss der Hydroa febrilis zu den verschiedenen acut fieberhaften Erkrankungen, ihre Häufigkeit bei gewissen derselben, ihr Nichtvorkommen bei anderen. Die ersteren (Pneumonie. Intermittens, Ephemera etc.) sind solche, die mit einem schnellen Ansteigen der Temperatur, häufig mit Schüttelfrost einsetzen. Dadurch eben tritt die primäre Verengerung und die nachherige Erweiterung der Arterien mit derjenigen Schnelligkeit und Energie ein, die zur Erzielung einer Reizwirkung nöthig ist.

[1]) Gerhardt selbst hat auch anderweitig begründeten Kopfcongestionen (z. B. bei der Menstruation) eine ähnliche Wirkungsweise zugeschrieben, und Thomas (1) hat dies speciell für den kritischen Temperaturabfall geltend gemacht.

Für den Herpes genitalis hat Mauriac die von v. Bärensprung gemuthmasste Zugehörigkeit zum Zoster mit Entschiedenheit verfochten. Er brachte einige Fälle (vier eigener Beobachtung, einen ihm von Champagnat mitgetheilten) von Herpes genitalis, in denen dies für gewöhnlich so unscheinbare und harmlose Leiden sich mit ernsten neuralgischen Beschwerden und mit anderen nervösen Störungen vergesellschaftete, und die so eine schlagende Aehnlichkeit mit ausgesprochenen Zosterfällen gewannen. Von diesen Beobachtungen ausgehend, kommt Mauriac auf Grund einer eingehenden klinischen Analyse und unter Zurückweisung der besonders von Hebra geltend gemachten Einwände zu dem Schluss, dass der Genitalherpes sein Zustandekommen einer nervösen Läsion verdanke, pathogenetisch also vollständig zum Zoster zu rechnen sei.

Obwohl nun in den drei im Vorhergehenden angeführten Arbeiten die Auffassung des Herpes facialis und genitalis als Zosteren eine sichere Grundlage erhielt, obwohl sich einzelne hervorragende Fachautoren derselben durchaus anschlossen, so z. B. O. Simon, Bohn, Unna, völlig durchgedrungen ist sie doch noch immer nicht. Von der Mehrzahl der Schriftsteller, in den meisten Lehrbüchern werden noch Herpes facialis und genitalis als besondere Krankheiten vom Zoster abgetrennt. Ihre morphologische Verwandtschaft kann zwar nicht geläugnet werden, häufig wird auch für die beiden ersteren Leiden eine gewisse, unbestimmt gelassene Beziehung zum Nervensystem zugegeben, aber gegen eine Identificirung beider untereinander und mit dem Zoster wird schliesslich doch Einspruch erhoben auf Grund gewisser Thatsachen der klinischen Erfahrung. Am vollständigsten und präcisesten hat Hebra in seinem Lehrbuche dieser Anschauung Ausdruck gegeben. Von späteren Schriftstellern sind seine Einwürfe im Einzelnen zwar genauer ausgeführt worden, im wesentlichen jedoch stehen alle Gegner der Zosternatur des Herpes facialis und genitalis auf dem Standpunkte Hebra's, „die klinische Erfahrung lehre, dass viele Momente dafür sprechen, eine Sonderung dieser Herpes-Arten, so wie sie bis jetzt gebräuchlich ist, auch für die Folge bestehen zu lassen“.





Sein erster Grund ist, dass „der Herpes labialis und praeputialis gewöhnlich nur in einer oder wenigen Bläschengruppen erscheint, während der Zoster nur ausnahmsweise blos einige oder wenige gruppenweise gestellte Efflorescenzen aufweist, sondern im Gegentheile nach einander sich entwickelnde Bläschendolden hervorbringt". Es braucht wohl kaum des Genaueren auseinander gesetzt werden, dass dieser angebliche Unterschied nichts beweist, da Hebra selbst ja zugiebt, dass auch beim Zoster sich der Process auf die Bildung weniger Gruppen beschränken könne.[1] Ausserdem aber bemerkt Mauriac (p. 76, 77) sehr richtig, dass die Zahl der Bläschengruppen unmöglich den Charakter der Krankheit bestimmen könne, dass wesentlich sei die Efflorescenz selbst, die eben hier wie dort völlig identisch ist.

Nicht viel begründeter erscheint ein anderer Einwand, dass nämlich der Herpes labialis und progenitalis seltener einseitig, als vielmehr an beiden Körperhälften gleichzeitig zum Vorschein komme. Ich will hier gar nicht auf die thatsächliche Unterlage eingehen und davon absehen, dass v. Bärensprung (wie oben erwähnt) wenigstens für den Herpes labialis gerade das Gegentheil behauptet, dass auch Unna[2]) beim weiblichen Genitalherpes die Einseitigkeit als Regel beobachtet hat. Aber selbst zugegeben, dass beim Herpes labialis die Doppelseitigkeit das gewöhnliche sei, so bietet es auch durchaus keine Schwierigkeit auf dem Boden der Gerhardt'schen Hypothese diese Thatsache in Einklang zu bringen mit der neurotischen, der Zosternatur der in Frage stehenden Affection. Und auch beim Herpes genitalis werden wir besonderen Verhältnissen localer Natur begegnen, die im Stande zu sein scheinen, die zunächst ja auffällige Doppelseitigkeit verständlich zu machen.

Wenn weiterhin Hebra hervorhebt, dass Neuralgien dem Ausbruche der Zoster-Efflorescenzen vorangehen, den Gürtelausschlag während seines Bestehens begleiten und oft noch lange

---

[1]) v. Bärensprung hat sogar (p. 81) einen Fall als doppelseitigen Zoster beschrieben — und mit vollem Recht, — bei dem auf der linken Körperseite, unter dem Arm, nur ein Bläschen erschienen war.

[2]) p. 332, 333. Unna hebt an dieser Stelle selbst hervor, dass so der Genitalherpes beim Weibe ein Bindeglied abgebe zwischen typischem Zoster und typischem Herpes.

nach seinem Schwinden zurückbleiben, während dies bei Herpes labialis und progenitalis nie vorkomme, so ist diese Behauptung schon thatsächlich in beiden Theilen unzutreffend, denn einmal sind die Neuralgien beim Zoster keineswegs die Regel. In einer grossen Zahl der Fälle, zumal bei jüngeren Individuen, fehlen sie vollständig; ja es können sogar, wie unter anderen ein weiter unten mitgetheilter Fall zeigt, die subjectiven Beschwerden überhaupt so gering sein, dass der Patient von seinem Zoster gar keine Kenntniss hat, und dieser nur zufällig entdeckt wird. Andererseits aber sind Fälle von recidivirendem Herpes genitalis beschrieben worden (Mauriac, Diday, H. v. Hebra), bei denen den einzelnen Attaken zuweilen sehr heftige neuralgische Beschwerden kürzere oder längere Zeit vorangingen, ab und zu auch nach denselben bestehen blieben und in denen auch sonstige nervöse Symptome: locale Anästhesien (in einem Falle streng halbseitig), Hyperästhesien etc. vorhanden waren.

Es soll selbstverständlich nicht geleugnet werden, dass die Neuralgien beim Zoster viel häufiger sind als beim Herpes genitalis; ganz abgesehen vom Herpes facialis, bei dem sie vielleicht gar nicht vorkommen. Aber gerade für diesen wieder macht uns die Gerhardt'sche Hypothese diesen Unterschied leicht erklärlich und entkleidet ihn zugleich jeder grundsätzlichen Bedeutung. Die Läsion der Trigeminusäste, welche dem Bläschenausschlage zu Grunde liegt, ist so leichter Natur, weil fast stets wohl nur functionell, dass eine Neuralgie, die doch mehr der Ausdruck eines ernsteren, anatomisch greifbaren Processes an den Nerven ist, gar nicht zu Stande kommen kann.

Es hat dann ferner Hebra, weil Herpes facialis bekanntlich vielfach im Gefolge fieberhafter Krankheiten vorkomme, ihn überhaupt „mehr als eine symptomatische Affection, bedingt durch eine voraufgegangene oder doch noch fortbestehende, fieberhafte oder fieberlose Krankheit“ betrachten wollen, „zum Unterschiede von den Zosteres, welche als Produkt einer Erkrankung eines begrenzten Cerebrospinal-Nervenbezirkes aufzufassen wären“. Man sieht von vorneherein ein, dass dies kein Unterschied ist, zum wenigsten kein grundsätzlicher. Denn es ist kein Grund angebbar, warum nicht eine fieberhafte Krankheit als symptomatische Affection eben eine Erkrankung eines begrenzten Cerebrospinal-Nerven-



bezirkes hervorzurufen im Stande sein sollte. Und in der Th nicht nur, dass die Gerhardt'sche Hypothese uns in ungezwu gener Weise das Verständniss eines solchen Zusammenhan zwischen fieberhafter Krankheit und begrenzter Nervenerkranku ermöglicht, so finden sich auch in der Literatur eine Anza Fälle erwähnt, dass bei eben den Krankheiten, bei denen erfa rungsgemäss häufig Herpes facialis auftritt, ausnahmsweise ab u zu typische Zostern beobachtet wurden. Einige Beispiele mög dies zeigen.

Thomas (1) berichtet von einem 5½jährigen Knaben, d zum fünften Male an Pneumonie erkrankte, und bei dem a vierten Tage der Krankheit an den Nates auf der linken Se einen Zoll vom After entfernt eine über thalergrosse Herpesgrup auftrat, also ein Zoster sacro-ischiadicus nach v. Bärensprun scher Nomenclatur im Gebiet des Ramus inferior vom Nerv pudendus. Während eine sechste Pneumonie nur von Herpes labi lis begleitet war, bildete sich bei der siebenten (Thomas wiederum über dem linken Glutaeus eine etwa guldengrosse Bl chengruppe heraus. Die gleiche Localisation im Bezirke des R mus inferior vom Nervus pudendus fand sich — ebenfalls l Pneumonie — in einem von Groppe aus der Mosler'sch Klinik veröffentlichten Falle. Der Ausschlag erschien hier d Tage nach dem Temperaturabfall.

Bei den Masern, schreibt Thomas (3) „ist im Eruption stadium Herpes facialis nicht selten, zu gleicher Zeit beobacht ich Zoster femoralis".

Für Recurrens erwähnt Spitz: „Die Prädilectionsstellen Herpes waren die Lippen und Nasenflügel; nur einmal kam Herpes zoster und ein Herpes in der Seitenregion des Halses v entsprechend dem Verlaufe des Nervus subcutaneus colli mediu

Auch bei septischen Fiebern kommen ab und zu Zoste vor, von denen einzelne wohl hierher zu beziehen sind, wie z. das von Behrend erwähnte Auftreten eines Zoster faciei u femoralis bei Sepsis in Folge eines Abortes. Andere freilich mög in unmittelbarem Zusammenhange mit dem septischen Proce stehen. So ein Fall Verneuil's, in dem die Septikämie ein Abscess bei Wirbelcaries ihr Entstehen verdankte. Der gangrän Zoster, der hier auftrat, dürfte — eine Angabe über die Loca



sation der Wirbelcaries und des Zosters fehlt — durch directe Fortpflanzung des entzündlichen Processes vom Knochen auf das betreffende Ganglion oder den zugehörigen Nerven zu Stande gekommen sein.

Bei der Intermittens, bei der ja Herpes so häufig sich einstellt, erwähnt schon Griesinger das Vorkommen von „zonaartigen Ausschlägen". Dupont schreibt in einem Bericht über eine Intermittens-Epidemie in Guyana: „Nous constatâmes plusieurs cas de fièvres accompagnées d'herpès et d'urticaire, des zonas chez des transportés, des herpès généralisés chez des enfants." Und Moursou sah bei einem 40jährigen Mann, der vor vier Jahren eine Intermittens quotidiana acquirirt hatte, eine Reihe von neuralgischen Attaken, die sich im Ausbreitungsbezirk des linken Nervus ischiadicus auf dem Oberschenkel abspielten und von einer „éruption pemphigoïde" begleitet waren, die etwa erbsengross auf hämorrhagischer Basis hinten aussen am linken Beine auftrat.

Allerdings lässt sich gerade für diese Zosterfälle bei Intermittens auch eine andere Deutung geben. Einen nicht seltenen Angriffspunkt des Intermittensvirus bildet ja das periphere Nervensystem, und während gewöhnlich eine Neuralgie, könnte eben in einigen Fällen auch ein Zoster die Folge dieser Localisation sein.

Die Auffassung der bei den anderen oben erwähnten Krankheiten beobachteten Zosteren im Sinne der Identität von Zoster und Herpes facialis dürfte dagegen keinem Einwande begegnen. Denn hier ist einmal eine Localisation des betreffenden Virus auf umschriebene Nervengebiete, wie bei Intermittens, nicht bekannt. Und dann beweist hier auch das Auftreten des Zosters zu einem Zeitpunkt, an dem sonst die gewöhnlichen Herpesformen sich einzustellen pflegen (wenige Tage nach raschem Temperaturanstieg oder kritischem Temperaturabfall), dass der Zoster nichts Anderes darstellt, als ein Aequivalent des häufigeren Herpes facialis. Wir dürfen vielleicht sogar annehmen, dass er auch auf die gleiche Weise wie dieser zu Stande kommt. Es liegt wenigstens nahe, für diese Fälle die Gerhardt'sche Hypothese zu erweitern, und was diese für die kleinen Trigeminusäste geltend macht, auf die Spinalganglien anzuwenden. Auch diese liegen ja in einem Knochencanale (Foramen intervertebrale) mit Gefässen zusammen und



erfahren bei stärkerer Füllung dieser Druck und eventuell Reizung. Dass aber ein solcher mechanischer Reiz eines Nerven genügt, einen wirklichen Zoster hervorzurufen, zeigt ein von Curschmann und Eisenlohr mitgetheilter Fall. Bei einem hochgradig emphysematischen Patienten trat zwei Tage ante mortem ein Zoster auf: hinten über der zehnten linken Rippe und im zehnten Intercostalraum erschienen einige Herpesgruppen. Bei der Obduction ergab sich das Rückenmark, die betreffenden (zehnte und elfte) Rückenmarkswurzeln, Spinalganglien und Nervenstämme als von durchaus normaler Beschaffenheit, ebenso bei der mikroskopischen Untersuchung. Dagegen fand sich links in den tiefen Rückenmuskeln zwischen den Processus spinosi und transversi der untersten Brustwirbel die Muskelsubstanz blutig infiltrirt, ebenso das Bindegewebe um die hier durchtretenden lateralen Hautäste des zehnten und elften Dorsalnerven. Diese selbst waren, wie schon erwähnt, vollkommen intact. Es fehlte also hier jede Veränderung derjenigen nervösen Elemente, deren Läsion den Zoster hätte hervorrufen können, und man wird diesen mit grösster Wahrscheinlichkeit, wie es Curschmann und Eisenlohr gethan haben, der Compression der Hautäste durch das Blutextravasat zuschreiben dürfen.

Es sind sogar Fälle beobachtet worden, in denen zu gleicher Zeit bei fieberhaften Erkrankungen Herpes facialis und Zoster auftrat. Fernet[1]) berichtet von einer Patientin, die an acuter Pneumonie (rechts unten) erkrankte, und bei der gleichzeitig Herpes der Nase, des Gaumens, des Rachens, der äusseren Genitalien, der letzten Phalange des linken Mittelfingers und ein Zoster intercostalis dexter in der Höhe der achten Rippe auftrat.

Ich möchte bei dieser Gelegenheit einen Fall anfügen, der auf der hiesigen dermatologischen Klinik zur Beobachtung kam, und bei dem ebenfalls — allerdings nicht im Zusammenhang mit einer acut fieberhaften Erkrankung — zu gleicher Zeit Herpes facialis und ein Zoster (lumbalis) auftrat.

---

[1]) Fernet verwerthet übrigens diesen Fall wesentlich in anderer Richtung, nämlich zur Stütze der von ihm schon früher (Bull. de la soc. clin. de Paris 1878, pag. 56, cit. bei Barth, Ann. de derm. et de syph. 1882, pag. 238) aufgestellten Ansicht, dass gewisse Formen der acuten Pneumonie nichts Anderes seien, als eine — Herpeseruption in den Lungen, hervorgerufen durch Vagus-Reizung.

Paul K., Schmiedegesell, 19 Jahre alt, war früher angeblich stets gesund, hatte insbesondere nie an Hautausschlägen gelitten. Am 16. November 1884 Abends bemerkte er ein weisses stecknadelkopfgrosses, heftig brennendes Bläschen am linken Mundwinkel. Am anderen Morgen waren eine Anzahl neuer Bläschen auf der linken Wange aufgeschossen, die Sprache war ganz heiser, fast unhörbar geworden. An diesem und dem folgenden Tage traten dann noch Bläschen am rechten Ohr und rechten Mundwinkel auf. Fieber war von Anfang an nicht vorhanden, ebenso wenig sonstige Störungen des Allgemeinbefindens. Bei der Aufnahme am 19. November wurde folgender Status erhoben:

Patient ist kräftig gebaut und gut genährt. An beiden Mundwinkeln, längs der Unterlippe, auf dem Lippenroth der Ober- und Unterlippe, auf der rechten Ohrmuschel finden sich Gruppen von Herpesbläschen, zum Theil schon eingetrocknet. Die Schleimhaut des weichen Gaumens und des Pharynx ist intensiv geröthet, an der linken Tonsille und an der hinteren Pharynxwand einzelne kleine seichte Substanzverluste, die mit einem gelblichen Belage bedeckt sind. Die laryngoskopische Untersuchung ergab nur Röthung und Schwellung der Stimmbänder und der Epiglottis, keine herpetischen Eruptionen. Ausserdem aber standen auf einem Bezirke, der fast in der Medianlinie beginnend, sich etwa kinderhandbreit vom zweiten Lendenwirbel nach links bis in die seitliche Rumpfgegend erstreckte, mehrere Herpesgruppen. Von dem Vorhandensein dieser Affection wusste Patient überhaupt nichts: Sie hatte sich weder durch Schmerzen, noch sonstige Beschwerden verrathen. Die Stimme war ganz heiser, fast tonlos, nur bei grosser Anstrengung des Patienten vernehmlich. Temperatur normal. Verdauung ungestört.

Bei der Entlassung am 25. November war die Stimme volltönend und klar, die Eruption auf Haut und Schleimhaut im Abheilen begriffen.

Man würde in diesem Falle nach den Unterscheidungen unserer Lehrbücher die Affection im Gesicht nicht als Zoster, sondern als Herpes facialis diagnosticiren dürfen. Denn die Bläschengruppen liessen keine deutliche Beziehung zu bestimmten Nervenausbreitungen erkennen, waren regellos zu beiden Seiten der Mittellinie vertheilt, diese selbst war der Sitz einiger Efflore-

scenzen, neuralgische Schmerzen fehlten vollständig. Und doch lässt das gleichzeitige Auftreten des Lumbarzoster keinen Zweifel darüber, dass wir es auch im Gesichte mit einem dem Zoster im wesentlichen identischen Processe zu thun haben. Denn die Annahme einer zufälligen Coincidenz beider Affectionen ist wohl von vornherein von der Hand zu weisen. Und ebensowenig erscheint es möglich, den Herpes facialis etwa in ein ähnliches Abhängigkeitsverhältniss, wie sonst zu fieberhaften Krankheiten, hier zu dem Zoster bringen zu wollen, da ja der Zoster ohne Fieber und überhaupt ohne jedes Symptom verlief, das allenfalls jenes Verhältniss hätte vermitteln können, offenbar auch Herpes facialis und Intercostalzoster gleichzeitig entstanden waren. Auch dieser Fall legt also wieder Zeugniss ab für die enge Zusammengehörigkeit der beiden in Rede stehenden Affectionen.

Bei weitem gewichtiger nun als alle die bisherigen Einwände gegen die Annahme von der Zosternatur der Herpesformen ist der, dass während Herpes facialis und genitalis gerade durch ihre Recidivfähigkeit ausgezeichnet sind, Recidive des Zosters ganz ausserordentlich selten vorkommen. Erst ganz neuerdings wieder ist dieses Moment sehr energisch von Landouzy (und seinem Schüler Boulanger) hervorgehoben worden. Es ist nothwendig, hier etwas näher auf den ganzen Gedankengang dieses Autors einzugehen. Landouzy ist der Ansicht, dass unter dem Begriff: Zoster bisher sehr zu Unrecht zwei Krankheitsformen zusammengefasst worden sind, die durchaus auseinander gehalten werden müssten. Die eine sei der secundäre oder symptomatische, die andere der idiopathische Zoster, das Zosterfieber. Zwischen beiden bestehe ein grundsätzlicher Unterschied, ein Unterschied, ähnlich wie zwischen einer Scarlatina und einem scharlachartigen Exanthem nach Chloralgebrauch, bei der Diphtherie etc. Der symptomatische Zoster folge der Läsion eines Ganglion oder eines Nerven durch einen beliebigen Einfluss: Trauma, Compression durch einen Tumor, Arsen-Vergiftung u. s. w. Das Zosterfieber charakterisire sich durch die allgemeinen Symptome, von denen es oft eingeleitet wird, durch seine cyclische Entwicklung, durch die Einmaligkeit seines Auftretens als in die Classe der allgemeinen Infectionskrankheiten gehörig. Und gerade dieser letzte Punkt sei es auch, der streng zwischen dem Zosterfieber und den fieber-



haften Herpeseruptionen (fièvres herpétiques) unterscheide, trotz der grossen Aehnlichkeit beider Affectionen in morphologischer Beziehung wie in Hinsicht des Verlaufs. Möglicherweise sei auch die Fièvre herpétique infectiöser Natur, aber selbst dann bleibe zwischen ihr und dem infectiösen Zoster eine Kluft, wie sie das Erysipel, die Pneumonie, die ja ebenfalls recidivirten, trenne von dem Abdominaltyphus, den acuten Exanthemen.

Diese ganze Landouzy'sche Auffassung einer bestimmten Zosterengruppe als einer eigenen Infectionskrankheit ist nun aber keineswegs sehr sicher gestützt. Es ist ja richtig, dass wenn die Zosteren, für die wir in einem Trauma, einer in der Nähe sich abspielenden anderweitigen Erkrankung, der Einwirkung gewisser Medicamente (Arsen [1]) und Gifte (Kohlenoxydgas [2]) und ähnlichen die Ur-

[1]) Ich kann mich in Betreff dieser Frage nicht der Ansicht anschliessen, die unter anderen Juliusburger ausspricht, dass dies Zusammentreffen von Arsengebrauch und Zoster ein nur zufälliges wäre, eines ursächlichen Zusammenhanges entbehrte. Es steht doch wohl fest, dass auffallend häufig nach reichlichem Gebrauch von Arsen Zoster entstanden ist. Nur in einer kleinen Minderheit dieser Fälle hatten Neuralgien, Tumoren (Bulkley) und sonstige Leiden, die möglicherweise direct am Auftreten des Zoster Schuld hatten, die Veranlassung zur Darreichung des Arsens abgegeben. Weitaus die meisten der Arsenzosteren wurden (H. v. Hebra p. 204) bei Lichen ruber beobachtet, einem Leiden, bei dem eine solche unmittelbare Beziehung zum Zoster wohl nicht anzunehmen ist. Ein blos zufälliges Zusammentreffen ist aber um deswillen hier auszuschliessen, als Zoster sowohl, wie Lichen ruber zu den selteneren Hautkrankheiten gehören, ein Zusammentreffen beider also in einem Individuum nach Wahrscheinlichkeitsgründen eine fast unerhörte Seltenheit sein müsste. Dass aber der Zoster — seine Abhängigkeit vom Arsengebrauch angenommen — gerade beim Lichen ruber so häufig vorkommt, kann nicht befremden, da eben bei diesem Leiden fast stets Arsen gereicht wird und zwar sehr lange Zeit und zu sehr hohen Dosen ansteigend. Freilich, wie nun der Arsengebrauch den Zoster hervorruft, darüber wissen wir noch nichts, und wenn Juliusburger geltend macht, dass die Localisation der Arsenwirkung auf ein oder zwei Ganglien, dass das — auch bei längerem Arsengebrauch — nur einmalige Auftreten des Zosters uns nach unseren gegenwärtigen Kenntnissen über Arsenwirkung unerklärlich seien, so lässt sich dagegen nichts einwenden. Nur geht es kaum an, weil wir noch nicht im Stande sind, die Art jenes Zusammenhanges zu erfassen, denselben deshalb überhaupt zu leugnen.

Zu der von Juliusburger zusammengestellten Literatur sind übrigens noch ausser dem eben erwähnten Falle von Bulkley noch solche von



sache kennen oder zu kennen glauben, ausscheidet, eine Reihe von Fällen übrig bleiben, die man als idiopathische bezeichnet hat. Damit sollte aber doch wohl keineswegs gesagt sein, dass hier wirklich eine streng idiopathische Affection, eine primäre selbstständige Nervenläsion vorliege, sondern nur, dass wir vorläufig nicht im Stande sind über die Art des Zustandekommens der Nervenläsion in diesen Fällen Aufschluss zu geben. Ich will kein besonderes Gewicht darauf legen, dass ja sehr möglicher Weise unter diesem Sammelnamen der idiopathischen Zosteren mehrere in ätiologischer Hinsicht vielleicht durchaus zu trennende Formen zusammengefasst werden, dass doch ebenso, wie seit Hutchinson die Arsenzosteren, leicht in Zukunft auch noch andere Gruppen aus jener Reihe herausgelöst werden müssen. Aber selbst zugegeben, dass alles, was wir jetzt als idiopathischen Zoster bezeichnen, einheitlicher Natur ist, wo ist damit schon gesagt, dass dieser Zoster dann eine specifische Krankheit darstellt?

Die Beweisführung Landouzy's wenigstens ist durchaus nicht schlagend. Fast alle die von ihm angeführten Momente lassen sich mindestens eben so gut in ganz anderem Sinne deuten. Ganz ähnlich wie bei seinem Zona infectieux finden wir auch bei den Fièvres herpétiques Fieber und sonstige Allgemeinerscheinungen, finden wir ferner auch hier den cyklischen Ablauf.

---

Broadbent und Perroud nachzutragen, in denen ebenfalls der Zoster nach Arsengebrauch auftrat. Ich möchte dann noch kurz hier folgenden Fall mittheilen, den Herr Dr. R. Kohn hier beobachtet und mir gütigst überlassen hat. Herr N., 33 Jahre alt, früher bis auf zwei Gonorrhöen stets gesund, leidet seit Sommer 1885 an einer Spermatorrhöe, die den verschiedensten Behandlungsmethoden und Medicamenten trotzte. Er wird dabei sehr nervös und erhält seit Ende December 1885 Sol. arsenic. Fowleri in steigender Dosis. Am 27. Januar stellt sich Pat. mit einem frischen Zoster im linken 11. Intercostalraum vor, der in der seitlichen Thoraxgegend sich über einen 10 Ctm. langen Bezirk ausdehnt. Einige Tage später einige frische Herpesgruppen in derselben Höhe in der Mammillarlinie Geringe Schmerzen. Der Zoster heilt, während Arsen fortgebraucht wird, ungestört ab. Zu erwähnen ist, dass während des Arsengebrauches keine lästigen Erscheinungen von Seiten des Magens, Herzens oder der Augen auftraten.

[2]) Ausser dem vielcitirten Falle Leudet's gehört hierhin auch der bekannte Sattler'sche.

Und trotzdem sind wir bei diesen sehr wohl berechtigt anzunehmen, dass es sich nicht um einen specifischen Bläschenausschlag handle, sondern mit Gerhardt, dass eine Ephemera, wie sie sonst häufig ohne Herpeseruption vorkommt, in diesen Fällen sei es in Folge der Besonderheit ihres Temperaturverlaufes, sei es in Folge disponirender localer Verhältnisse (z. B. Enge der betreffenden Knochenkanäle) durch nervöse Vermittelung den Herpes hervorgerufen habe. Ganz ebenso liegt aber die Sache bei dem idiopathischen Zoster. Wir sahen oben, dass bei Pneumonie etc. unter denselben Verhältnissen und wie wir zu vermuthen Grund haben, auch auf die gleiche Weise wie sonst Herpes facialis zuweilen ein Zoster vorkommt. Wir können also immerhin annehmen, dass auch Ephemerae sich ab und zu statt mit jenem, mit Zoster vergesellschaften werden, dass also die scheinbar idiopathischen Zosteren — oder wenigstens ein Theil von ihnen — vielleicht nur symptomatisch sind für eine bestehende Ephemera, der dann auch das Fieber und die sonstigen Allgemeinerscheinungen, wie der cyklische Verlauf zugehörten.

Diese Ansicht soll nur als eine Vermuthung ausgesprochen sein, und ich stelle keineswegs in Abrede, dass es möglicher Weise wirklich eine idiopathische Fièvre zoster gibt, das ist eine Krankheit infectiöser Natur mit Localisation des Virus auf die Spinalganglien, respective Nerven. Aber ihre Existenz ist nicht bewiesen, und somit besitzt auch die Thatsache der Einmaligkeit des Zoster, der häufigen Recidive der Herpesformen nicht jene grundsätzliche Bedeutung, die ihr Landouzy beilegt.

Höchst merkwürdig und auffallend bleibt sie aber freilich, und wir werden versuchen müssen uns mit derselben abzufinden. Doch betrachten wir zunächst das thatsächliche Material.

Herpes labialis und Herpes facialis kommen häufig genug nur ein Mal vor, aber es gibt auf der anderen Seite auch eine sehr grosse Zahl von Fällen, in denen sie recidiviren, zuweilen sehr oft recidiviren, und diese Recidive können in einer ganz regelmässigen Wechselfolge wiederkehren.

Anders beim Zoster. Hier sind die Recidive so selten oder wenigstens so spärlich beschrieben, dass sie sich leicht zählen lassen. Da wäre zuerst ein Fall anzuführen, der gewissermassen

einen Uebergang zum Herpes phlyktaenodes — wie man zusammenfassend die kleinen Herpeseruptionen früher nannte — darstellt.

Derselbe ist von Bertholle beschrieben:

Dr. X., Arzt, litt von Kindheit an häufig an Herpes labialis. Vom zwanzigsten Jahre trat an dessen Stelle ein Herpes praeputialis, der um so häufiger wiederkehrte, je älter Patient wurde. Vom 35. Jahre an nahmen dagegen die Eruptionen am Praeputium wieder an Häufigkeit ab, und an ihrer Stelle traten solche in der Gegend der Glutaeen mit neuralgischen Schmerzen in den unteren Extremitäten auf. Patient litt ausserdem an Asthma, Hemikranie, Cystitis. Die Migräneanfälle traten meist in Zwischenräumen von zwei Monaten auf und waren stets gefolgt von einer Herpes-Eruption an den Glutaeen.

Ein Fall, der eine ähnliche Mittelstellung zwischen Zoster und Herpes phlyktaenodes einnimmt, wurde auf der hiesigen dermatologischen Klinik beobachtet.

Paul J., Schlosserlehrling, 17 Jahre alt, leidet schon seit frühester Jugend an häufigen Wiederholungen des gegenwärtigen Leidens. Nach Angaben, die seine Mutter macht, ist dasselbe zum ersten Mal aufgetreten, als Patient noch nicht ein Jahr alt war, und ist seitdem jedes Jahr mehrmals, gewöhnlich im Frühjahr und Herbst wiedergekehrt. Die eigenen Erinnerungen des Patienten, die bis zu dessen achtem Jahre zurückgehen, bestätigen die zuletzt erwähnte Thatsache und beziehen sich auf etwa 25 bis 30 Eruptionen. Stets gehen dem über Nacht ausbrechenden Ausschlage einen oder zwei Tage heftige Kopfschmerzen und neuralgische Schmerzen im Gebiet des zweiten Trigeminusastes linkerseits, sowie Röthung der linken Wange ohne Schwellung voraus; meist ist auch Fieber vorhanden, das sich gewöhnlich am letzten Abende zu einem leichten Frost steigert. Dann folgt in der Nacht tiefer ungestörter Schlaf; am nächsten Tage sind Schmerzen und Fieber ganz geschwunden, und das Exanthem ist da. Es besteht aus kleinen klaren Bläschen und heilt in circa neun bis zehn Tagen ab. Die gewöhnliche Localisation der Bläschen ist eine etwa thalergrosse Stelle in der Mitte der linken Wange. Zuweilen reichen sie bis an das untere Augenlid. Nur einmal sollen sie im ersten oder zweiten Jahre über das ganze



Gesicht verbreitet gewesen sein. (Vielleicht ein Eczem?) Des Oefteren sollen gleichzeitig auch an beiden Nasenlöchern Herpeseruptionen vorgekommen sein.

Am 2. Januar 1885, an welchem Tage sich Patient das erste Mal in der Poliklinik vorstellte, bot er folgenden Status: An der linken Wange, der linken Oberlippe, am Naseneingange links ziemlich zahlreiche Herpesbläschen. Einige wenige solche finden sich auch am rechten Mundwinkel. Der übrige Körper ist völlig frei. Ausser den frischen Bläschen sieht man auf der linken Wange eine grosse Anzahl dicht stehender kleiner, weisser, seicht eingezogener Narben. Der Bezirk, den sie einnehmen, hat etwa folgende Begrenzung: Vorn erstreckt sich derselbe bis nahe an den linken Nasenflügel, die obere Grenze läuft in circa 2 Ctm. Entfernung vom unteren Augenlidrande, die hintere etwa 4 Ctm. vor dem Tragus, die untere geht in einer Linie, die dem Unterkieferrande parallel zum Mundwinkel gezogen ist, bis auf 3 Ctm. Entfernung an diesen heran und schlägt sich hier im Bogen zur vorderen um. Das so abgegrenzte Gebiet gehört also wesentlich dem zweiten Ramus trigemini an, am unteren und hinteren Rande greift es auch über in den dritten Ast. Fieber, Verdauungsstörungen, sonstige Erscheinungen nicht vorhanden. Die Bläschen heilten in wenigen Tagen ab.

Am 2. November d. J. stellte sich Patient von Neuem in der Poliklinik ein. In der Zwischenzeit war keine neue Eruption erfolgt. Nach den üblichen Vorboten heute früh Erscheinen einiger Bläschen. Dieselben sitzen in der Mitte der linken Wange auf einem etwa pflaumengrossen Bezirke. Davon abgesehen sind nirgends Bläschen vorhanden, die Schleimhaut des Mundes ist ebenfalls frei. Die rhinoskopische Untersuchung, für die ich Herrn Dr. Kayser zu Danke verpflichtet bin, ergab linkerseits völlig normalen Befund, rechts war eine starke Schwellung der Schleimhaut der unteren Muschel vorhanden.

Es ist schon oben gesagt worden, dass dieser Fall gewissermassen eine Uebergangsform zwischen Herpes facialis und Zoster darstellt. Ich meinte damit nicht das öftere gleichzeitige Vorkommen von Herpesbläschen beiderseits an Lippen und Nase. Dieses glaube ich, wie bald gezeigt werden soll, anders auffassen zu dürfen.



Aber auch die von mir als typischer Zoster betrachtete Affection der linken Wange hätte, wenn man sie nur ein Mal, z. B. bei der letzten, wenig ausgedehnten Eruption gesehen hätte, für eine blosse Hydroa febrilis auffallen können. Gegen eine solche Deutung spricht aber meines Erachtens nach in unanfechtbarer Weise das stete Auftreten des Ausschlages im Bereiche des zweiten und dritten Astes des linken Trigeminus. Dass bei einigen fünfzig Eruptionen stets in diesem Gebiete — wie die Narben lehren — Herpes auftrat, weist darauf hin, dass demselben wohl eine Veränderung dieser beiden Nervenäste zu Grunde liegt. Was das öftere gleichzeitige Vorkommen von Bläschen an beiden Mundwinkeln und beiderseits am Naseneingange anlangt, so halte ich dieselben für hervorgerufen, sei es durch das die Zosterschübe begleitende Fieber, sei es durch die gleichzeitige Fluxion, die sich in der erwähnten Röthung der linken Wange kundgab.

Diese Auffassung mag etwas gezwungen erscheinen und ich halte sie keineswegs für sehr gestützt, aber das eine Moment derselben scheint mir doch gesichert, dass es sich zunächst um einen Zoster im engeren Sinne handle. Dafür scheint mir — um es nochmals zu wiederholen — die so auffallende Localisation der Bläschen in den beiden erwähnten Nervenausbreitungen fast unwiderleglich zu sprechen.

Von den Recidiven typischer Zosteren nenne ich den allgemein bekannten Kaposi's, der durch manche Eigenheiten des Krankheitsbildes, wie durch die Zahl seiner Recidive als ein Unicum dasteht.

Viel citirt wird auch der Fall von Wyss[1]): Zoster lumbalis dexter (I und II) bei einem 66jährigen Manne. Zwischen den frischen Efflorescenzen sehr zahlreiche weisse, am Rande leicht bräunlich gefärbte Narben, deren Ausbreitung und Vertheilung es gestattet einen — offenbar vor längerer Zeit — abgelaufenen Zoster zu diagnosti-

[1]) Es heisst doch wohl die Skepsis etwas zu weit treiben, wenn man diesen Fall als nicht ganz gesichert betrachtet, weil die erste Eruption von keinem Arzte beobachtet worden war.

ciren. Patient gibt auch in der That an, vor dreissig Jahren den gleichen Ausschlag wie jetzt gehabt zu haben.

Singer sah einen „Herpes zoster, entsprechend den Zweigen des dritten Astes vom Nervus trigeminus", der fast das ganze von diesem Aste versorgte Gebiet auf Haut und Schleimhaut betraf und von heftigen Neuralgien und sonstigen nervösen Symptomen begleitet und gefolgt war. Diese hatten sich allmälig fast vollständig verloren, als plötzlich acht Monate nach dem ersten Ausbruch eine arge Verschlimmerung derselben eintrat und zugleich eine neuerliche Herpeseruption, diesmal beschränkt auf die linke Kinn-Unterkiefergegend.

Champagnat (bei Mauriac) erwähnt kurz, dass die Schwester eines an Herpes genitalis neuralgicus leidenden Mannes, die ausser Gesichts- und Intercostalneuralgien eine Hyperästhesie der linken Körperhälfte aufweist, 1874 einen Zoster thoracicus sin., 1876 eine Recidive auf der gleichen Seite gehabt habe.

Nieden sah innerhalb weniger Jahre einen Zoster ophthalmicus im Ramus supraorbitalis und supratrochlearis fünfmal recidiviren.

Fabre beobachtete bei einem 66jährigen Manne einen Zoster lumbo-femoralis dexter, dem 16 Monate später ein Zoster thoracicus sin. folgte.

Cary sah bei einem 16jährigen Mädchen zahlreiche Recidiven von rheumatischem Zoster ophthalmicus, und zwar eilfmal links und zweimal rechts, die ganz typisch in Intervallen von vierzehn Tagen verliefen.

In einem Falle Henoch's entwickelte sich bei einem zwölfjährigen Mädchen drei Jahre nach einem Zoster thoracicus eine Herpeseruption über dem rechten Scheitelbein. Doch waren, wie Lesser mit Recht hervorhebt, die Krankheitserscheinungen beim zweiten Male nicht so typisch, dass der Fall als ein absolut beweisender angesehen werden könnte.

Letulle beschreibt die beiden folgenden Fälle: Im ersten erschien die Eruption im Anschluss an eine Urethralneuralgie, sie sass in der rechten Leistenbeuge. Zwei Monate später eine neue Eruption in der linken. Nach weiteren zwei Monaten wieder ein Herpesausbruch in der rechten Leistenbeuge.

Im zweiten Falle Letulle's trat bei einem 63jährigen Manne am Tage nach einer etwas gewaltsamen Katheterisirung ein Zoster





an der hinteren inneren Seite des rechten Oberschenkels auf. Sechs Monate später Recidive an derselben Stelle.

M. Weiss hat neuerdings einen in mehrfacher Hinsicht ungemein interessanten Fall von recidivirender symmetrischer Zona im Bereiche der Endzweige der beiden Nervi mediani beschrieben.

Den folgenden Fall verdanke ich der Liebenswürdigkeit eines hiesigen Augenarztes, Herrn Dr. M., dem ich auch hier meinen besten Dank ausspreche.

Herr Dr. M. war früher im Allgemeinen stets gesund; nur leidet er öfters an dyspeptischen Beschwerden und hat ferner im Jahre 1877 einen acuten Gelenkrheumatismus durchgemacht, der ohne Complicationen ablief. Von Hautleiden und insbesondere von Herpetes war er bis zum Herbst 1879 völlig frei geblieben. Ende October oder Anfang November dieses Jahres traten, nachdem Fieber und heftige Schmerzen im rechten Hypochondrium mehrere Tage bestanden hatten, unterhalb der zwölften Rippe rechts, etwa von der mittleren Axillarlinie an sich nach vorn erstreckend, auf einem circa drei Querfinger breiten und zwei Decimeter langen Bezirke, typische Herpesgruppen auf. Fieber und Schmerzen hörten bald auf, das Exanthem heilte ab, und es bestand fast acht Monate lang Ruhe. Anfang Juni 1880 erschien, diesmal von bedeutend stärkerem Fieber eingeleitet, an genau derselben Stelle in genau demselben Umfange eine neue Herpeseruption. Sie heilte ebenfalls schnell ab, ohne eine Neuralgie zu hinterlassen. Seitdem ist bis zum heutigen Tage kein Ausbruch mehr gekommen.

Einen weiteren Fall hat Herr Prof. Neisser in Leipzig beobachtet und mir seine Notizen über denselben gütigst zur Veröffentlichung überlassen:

Emil H., Kochlehrling, 16 Jahre, hat, so lange er sich erinnert, fast jedes Jahr Eruptionen, wie die gegenwärtige gehabt. Stets waren dieselben beiderseits über grosse Partien ausgedehnt. Einige Male waren auch Stirn und behaarter Kopf ergriffen. Bei der Untersuchung (am 27. September 1881) fanden sich zahlreiche typische Herpeseruptionen. Rechts war die Wange, die Nasenspitze, Ober- und Unterlippe, links das obere Augenlid, die Wange, Unterlippe und der äussere Abschnitt der Oberlippe eingenommen: also beiderseits Abschnitte der Haut-



gebiete aller drei Trigeminusäste. Die frischesten Eruptionen sassen links an der Wange, die ältesten an den Lippen. Das ganze Bild erinnerte etwas an den in Hebra's Altlas der Hautkrankheiten, Lief. VII., Taf. 9, abgebildeten Fall. Von den früheren Schüben waren Narben nicht zurückgeblieben.

Diese Beobachtung ist leider, da Patient nach jener erstmaligen Vorstellung nicht wieder erschien, etwas unvollständig. Aber es kann doch jedenfalls nach den obigen Daten nicht bezweifelt werden, dass hier ein recidivirender Zoster facialis duplex (im gewöhnlichen Sinne) vorliegt.

Man sieht aus der eben gegebenen Zusammenstellung, dass die Einmaligkeit des Zoster denn doch kein so constantes Merkmal ist, wie gemeinhin geglaubt wird. Es verhält sich damit ähnlich wie mit der Einseitigkeit desselben.

Noch v. Bärensprung hielt den doppelseitigen Zoster für ein ausserordentlich seltenes Vorkommniss und hatte selbst nur den einen schon oben erwähnten Fall gesehen. Seitdem jedoch diesem Punkte allgemeine Aufmerksamkeit gewidmet wurde, stellte sich heraus, dass der Zoster bilateralis, wenn auch die Ausnahme darstellend, doch eben nicht so übermässig selten sei. Ebenso hat sich, seitdem man der Frage vom Recidiviren des Zosters mehr Interesse zuwandte, die Zahl der einschlägigen Beobachtungen verhältnissmässig auffallend gemehrt.

Wenn dieselbe noch immer eine kleine ist, so liegt dies ein Mal daran, dass sicher noch mancher beobachtete Fall von Zoster-Recidiv nicht publicirt wird. Andererseits aber hat Lesser mit Recht hingewiesen auf „die Schwierigkeiten, welche die Feststellung von Krankheiten an demselben Individuum, die ohne absolut charakteristische Spuren zu hinterlassen, verlaufen, und vielleicht durch lange Intervalle getrennt sind, macht."

Wir dürfen also wohl annehmen, dass die Zosterrecidive entschieden häufiger sind, als es nach der Anzahl der bis jetzt veröffentlichten Fälle den Anschein hat.

Es bleibt allerdings Thatsache, dass immer noch die Zahl der Recidive beim Zoster viel geringer ist als die der recidivirenden Gesichts- und Genitalherpes. Doch ist diese Thatsache





kaum mehr geeignet, ein grundsätzlich scheidendes Moment zwischen Zoster und den Herpesformen abzugeben.

Vielleicht ist auch ein Punkt, der bald zur Erörterung kommen soll, im Stande, diese Differenzen etwas verständlicher zu machen.

Es lässt sich, glaube ich, nach allem Bisherigen wohl behaupten, dass keiner der von den Gegnern unserer Ansicht erhobenen Einwände durchgreifender Natur ist, dass also durch dieselben die durch so gewichtige Gründe und Autoritäten gestützte Ansicht von der Zosternatur des Herpes facialis und genitalis keineswegs erschüttert wird.

Aber wenn wir auch jenen Unterschieden die ihnen von der anderen Seite beigelegte Bedeutung bestreiten, die Unterschiede selbst erkennen wir zum Theil wenigstens wohl an. Speciell für den Gesichtsherpes hatte auch schon die Gerhardt'sche Hypothese uns gelehrt diese Unterschiede zurückzuführen auf Besonderheiten der anatomischen Verhältnisse. Auch für den Herpes genitalis nun lassen sich Eigenthümlichkeiten geltend machen, die wie ich glaube zur Auflösung der Differenzpunkte desselben gegenüber dem typischen Zoster wohl herangezogen werden dürfen. Sie betreffen die Aetiologie jenes Leidens. Doyon hat in einer 1869 erschienenen Monographie über den recidivirenden Genitalherpes auf die Beziehungen aufmerksam gemacht, in denen diese Affection zu den venerischen Krankheiten steht. In der Mehrzahl der Fälle seiner Beobachtung war dem erstmaligen Auftreten des Herpes ein Ulcus molle, seltener ein Primäraffect vorausgegangen.

Aehnliche Angaben rühren von Greenough her. Etwas abweichend ist die Ansicht Fournier's, doch erkennt auch er das ätiologische Moment venerischer Vorerkrankungen durchaus an. Freilich schreibt er ihnen nur accidentelle Bedeutung zu, von wesentlichem Werthe erscheint ihm für das Zustandekommen des Herpes genitalis nur die allgemeine Disposition.

Im Gegensatz zu diesen Autoren bestreitet Unna einen Zusammenhang zwischen den verschiedenen venerischen Erkrankungen und gibt ihn höchstens für die Gonorrhöe zu. Er stützt sich dabei auf die Thatsache, dass Herpes genitalis bei verheiratheten Frauen, die an Lues oder Ulcus molle leiden, ausserordentlich selten, bei



Puellis publicis dagegen ungemein häufig vorkommt, selbst dann, wenn keine der obigen Krankheiten gleichzeitig besteht. Damit ist freilich der von Doyon aufgestellte Zusammenhang keineswegs widerlegt, denn gerade bei Puellis publicis wird, wenn auch zur Zeit eine venerische Erkrankung nicht besteht, eine solche, besonders Ulcus molle wohl stets vorangegangen sein. In anderer Beziehung hat Unna allerdings durchaus Recht. Es ist sicher, dass bei den Frauen die venerischen Vorerkrankungen nicht so allgemein als ätiologisches Moment in Betracht kommen. Es treten hier andere auf, die sicher ebenfalls ätiologisch bedeutsam sind: die Menstruation (Fournier, Unna), Schwangerschaft, Puerperium (Bruneau, cit. bei Unna).

Ganz neuerdings sind Diday und Doyon noch einmal auf die vorliegende Frage zurückgekommen. In ihrer Monographie „Les herpès génitaux", in der sie in erschöpfender Weise eine Darstellung der verschiedenen Arten des Genitalherpes geben, betonen sie nochmals, dass der Form, die die häufigste und beststudirte ist, dem recidivirenden Genitalherpes stets eine venerische Erkrankung vorausgegangen ist und zwar in der allerüberwiegendsten Mehrzahl der Fälle ein Ulcus molle.

Wie ist nun aber dieser Zusammenhang zwischen venerischer Erkrankung und Genitalherpes zu erklären? Diday und Doyon gehen bei ihrem Versuche dies zu thun von zwei Thatsachen aus: davon, dass 1. jene Vorerkrankungen infectiöser, bacterieller Natur sind, dass 2. der Genitalherpes in typischen Intervallen zu recidiviren pflegt. Sie stellen auf dieser Grundlage die Hypothese auf, der Genitalherpes sei ebenfalls infectiöser Natur, und das bacterielle Agens, das ihn hervorrufe, sei entstanden durch Umzüchtung specifischer — Ulcus molle, resp. Gonorrhöe etc. — Keime, die nach Ablauf der betreffenden Processe in loco zurückgeblieben wären, daselbst aber eine derartige Umwandlung erfahren hätten, dass sie nicht im Stande wären, die ursprüngliche Krankheit wieder anzuregen oder auf andere zu übertragen. Vielmehr sei ihre specifische Leistung die Hervorbringung von Herpeseruptionen geworden.

Diese Hypothese steht nun aber — von anderem abgesehen — offenbar in ihren allgemein-pathologischen Voraussetzungen auf der denkbar unsichersten Grundlage. Ist überhaupt schon die



Möglichkeit der Umzüchtung einer pathogenen Bacterienart in eine andere absolut hypothetisch, so muss die Annahme, dass aus drei grundverschiedenen Arten durch Umzüchtung jedesmal die eine neue Art entstehen sollte, geradezu als phantastisch erscheinen.

Wenn ich nun freilich selbst nicht im Stande bin, eine völlig befriedigende Erklärung jenes Zusammenhanges zwischen venerischer Affection und Herpes geben zu können, so lässt sich doch vielleicht wenigstens für den Herpes nach Ulcus molle und Sclerose eine Auffassung geltend machen, die mir recht wohl gestützt zu sein scheint, nämlich die Auffassung dieses Herpes als traumatischen.

Verneuil hat in einer schon oben erwähnten Abhandlung drei Formen des traumatischen Herpes unterschieden, die erste bilden die Fälle, in denen das Trauma unmittelbar einen Nervenstamm oder gar centralere Punkte betrifft. Bei einer zweiten Gruppe treten im Anschluss an eine periphere Wunde in deren Umgebung Bläschen-Eruptionen auf, so z. B. in einem Falle nach Exarticulation eines Fingers auf den Hautlappen. Endlich hat Verneuil dann noch einen Herpès traumatique à distance aufgestellt.[1])

Der Herpes genitalis nach Ulcus molle oder Sklerose würde selbstverständlich der zweiten Gruppe angehören: dem Herpès de voisinage. Für diesen hat Verneuil die sehr ansprechende Hypothese aufgestellt, das von der Wunde aus eine Neuritis der letzten Verzweigungen angeregt wird und sich eine kleine Strecke centralwärts fortpflanzt, um dann auf die benachbarten Endverzwei-

[1]) Doch sind die Fälle, die er anführt, um zu zeigen, dass von einer Wunde aus an einer entfernten Stelle — durch Reflexwirkung, wie er vermuthet — ein Herpes angeregt werden könne, wohl kaum beweisend. Er rechnet z. B. den bekannten Esmarch'schen Fall (bei v. Bärensprung p. 120 ff.) hierher, in dem doch wohl zweifelsohne, wie auch Esmarch selbst annimmt, „eine Reizung des N. ischiadicus an seiner Austrittsstelle das Primäre gewesen ist und den Herpes hervorgerufen hat". In den eigenen Beobachtungen Verneuil's handelte es sich fast stets um Gesichts-Herpes, der unter Fiebererscheinungen aufgetreten war. Bei der geringen Anzahl selbst dieser Fälle ist es wohl das Einfachste an eine blosse Combination von Trauma und febrilem Herpes zu denken, vermittelt durch leichtere septische Processe an der Wunde, von denen fast bei jedem Falle berichtet wird.

gungen überzugehen und hier wieder peripherwärts vorschreitend den Herpes auszulösen.

Nimmt man diese Erklärung auch für den Genitalherpes nach venerischen Wunden auf, so erscheint es freilich merkwürdig, dass, während sonstige Traumen so äusserst selten von Herpes gefolgt sind, die venerischen selben viel häufiger nach sich ziehen und zwar nicht nur die an den Genitalien sitzenden[1]), sondern auch die anderswo localisirten.

So haben Doyon und Diday (1) eine „Observation d'herpès labial récidivant non fébrile“ beschrieben und fassen den Herpes, der seit etwa fünf Jahren in fast regelmässigen Zwischenräumen von wenigen Monaten wiederkehrt, und der das erste Mal aufgetreten war im Anschluss an ein langsam heilendes Geschwür der Oberlippe, auf als einen „Genitalherpes der Lippe“, dieses Geschwür als ein Ulcus molle der Oberlippe.

Folgender Fall (Privatpatient von Herrn Prof. Neisser) stellt, mit Diday zu reden, einen „auf den Finger verirrten Genitalherpes“ dar:

Dr. X., prakt. Arzt, inficirte sich vor mehreren Jahren beim Untersuchen einer syphilitischen Person am linken Zeigefinger. Die Sklerose sass auf der Fingerbeere, etwa in der Mitte der Volarfläche, nur wenige Millimeter vom freien Nagelrande entfernt. Sie heilte nur sehr langsam ab. Etwa mehrere Monate später schwoll unter starken Schmerzen die Ulnarfläche des genannten Zeigefingers nicht unbedeutend an, und auf der intensiv gerötheten Haut traten daselbst mehrere typische Herpes-Gruppen auf. Nach ein bis zwei Tagen schwanden die Schmerzen und die heftigen Entzündungserscheinungen. Die Bläschen heilten in normaler Weise ab. Derartige Anfälle kehrten in unregelmässigen, mehrmonatlichen bis ganzjährigen Zwischenräumen mehrmals seitdem wieder. Wesentliches änderte sich in dem obigen Bilde nicht. Die Localisation war stets die gleiche. Nie traten Eruptionen auf der Dorsal- oder Volarfläche des Fingers hinzu. Von einzelnen besonders heftigen Ausbrüchen sind mehrere kleine leicht geröthete Narben zurückgeblieben.

[1]) Für diese würde den auffälligen Unterschied vielleicht ein alsbald zu besprechendes anatomisches Moment zu erklären im Stande sein.



Derartige Beobachtungen, zusammengehalten mit der sonstigen Seltenheit des Herpès de voisinage, scheinen dafür zu sprechen dass den venerischen Geschwüren mehr als anderen Wunden die Fähigkeit eigen ist, Herpes anzuregen, ohne dass ich mir freilich eine Muthmassung darüber erlauben möchte, was etwa jenen Affectionen eine solche Sonderstellung verschaffen mag.

Unsere Auffassung der Genitalherpes — oder doch der Mehrzahl derselben — als traumatische Herpesformen würde nun auch die häufige Doppelseitigkeit derselben (bei Männern) erklären. Wenn von einer Wunde der Genitalien aus eine Entzündung oder wenigstens ein länger anhaltender Reizzustand der in derselben mitgetroffenen Nervenästchen angefacht wird, so wird es selbstverständlich nur von der Lage der Wunde abhängen, ob die Nerven nur auf einer oder auf beiden Seiten hineingezogen werden in jenen Reizzustand, ob also auch der Herpes ein- oder doppelseitig auftreten wird. Beim Manne, wo für die Hautdecke der äusseren Genitialien die Mittellinie nur mehr geometrische Bedeutung hat, wird also ebensowenig wie das Ulcus molle auch der Herpes die Medianlinie nicht zu respectiren brauchen. Anders beim Weibe; hier stellt die Mittellinie noch eine wirkliche Grenze dar, die nur an einigen Punkten, wie Praeputium clitoridis, Damm, überschritten werden kann.[1])

Es sind nun aber nicht nur die anatomischen Besonderheiten beim Herpes facialis, das häufige Vorkommen venerischer Wunden beim Herpes genitalis, worauf die Differenzen dieser beiden Affectionen gegenüber dem gewöhnlichen Zoster zurückzuführen sind, sondern ich glaube, dass hiefür auch ein beiden Leiden gemeinsames Moment in Anspruch zu nehmen ist. Ich meine die histologische Beschaffenheit der betreffenden Hautpartien. Gesicht und Genitalien sind diejenigen Theile des Körpers, an denen die Haut am zartesten, die Hornschicht und die Cutis am schwächsten entwickelt ist. Und nun ist wieder im Gesicht die Lippengegend, insbesondere das Lippenroth, an den Genitalien einerseits die Glans, andererseits die Nymphen, die Clitoris, die Innenfläche der Labia majora der Lieblingssitz der Bläscheneruptionen (Greenough), also die Stellen, die wiederum im Gesicht und an den

[1]) Auf diese Verhältnisse hat mit Beziehung auf unsere Frage zuerst Unna hingewiesen.

Genitalien, was Zartheit der Haut anlangt, an der Spitze stehen. Die hier aufgewiesene Beziehung gewinnt noch dadurch an Bedeutung, dass im diametralen Gegensatze zu der ausserordentlichen Häufigkeit von Herpes in den eben erwähnten Gegenden Zosterbläschen sich, wie es scheint, nie vorfinden an den Punkten der allgemeinen Decke, an denen Hornschicht und Cutis ihre stärkste Entwicklung gefunden haben, an Hohlhand und Fusssohle. Ich führe als Zeugen Bohn (p. 181) an, der schreibt: „Der Zoster kann . . . . an jeder Stelle des Körpers seinen Sitz aufschlagen, obwohl ich mich keines Beispiels von der Hohlhand und Fusssohle erinnere.“ Auch in der Zahl der von v. Bärensprung aufgeführten Fälle, bei denen die Zostereruption sich auf die Beugeseite des Vorderarms resp. Unterschenkels erstreckt, sowie bei den — allerdings nicht zahlreichen — Fällen derselben Art, die in den Jahren 1878 bis 1885 in der hiesigen Poliklinik für Hautkrankheiten zur Beobachtung kamen, blieben Hohlhand und Fusssohle stets frei.

Betrachtet man unbefangen diese natürliche Abstufung im Vorkommen des Herpes, sein Fehlen an den Stellen mit stärkster Entwickelung der Hornschicht und Cutis, seine Häufigkeit an denen mit schwächster, die Mittelstellung, die Rumpf und Extremitäten in beiden Beziehungen einnehmen, so wird man sich wohl kaum der Annahme verschliessen können, dass die beregten anatomischen Verhältnisse für das Zustandekommen der Bläscheneruption von wesentlicher Bedeutung sind. Es wäre sogar unter Zuhilfenahme einer von Neisser und Weigert zuerst ausgesprochenen, von Lesser (2) des näheren ausgeführten und etwas modificirten Hypothese leicht möglich zu einem Verständniss jenes Parallelismus zwischen den anatomischen Verhältnissen der Haut und der Häufigkeit des Herpes zu gelangen. Jene Hypothese versucht den Zusammenhang zwischen Störung der trophischen Nerven und Zostereruption verständlich zu machen, indem sie annimmt, dass durch nervöse Vermittlung ein Absterben oberflächlicher Theile verursacht wird. Nach Neisser und Weigert ist dadurch dem Eindringen infectiöser Stoffe die Thür geöffnet, und so der Entzündungs- und Eiterungsvorgang bei der Zostereruption eingeleitet. Lesser dagegen hält das Entstehen zahlreicher kleinster Nekrosen allein schon für ausreichend, das Zu-



standekommen der Zostereruption zu erklären, indem jeder dieser abgestorbenen Theile als Entzündungsreiz auf seine Umgebung wirke. Es ist nun offenbar klar, dass bei gegebener Nervenläsion die dadurch gesetzten oberflächlichen Nekrosen an Stellen mit schwacher Hornschichtenentwicklung eine schwerer wiegende Bedeutung haben werden als an solchen mit starker, dass, während sie bei diesen vielleicht noch ohne jede Reaction vertragen werden, sie dort im Stande sein werden eine Herpeseruption in die Wege zu leiten.

So wäre auch verständlich, warum Herpes facialis und genitalis schon auf so unbedeutende und leicht vorübergehende Anlässe hin erscheinen, während für das Auftreten von typischem Zoster gewöhnlich tiefer begründete Läsionen massgebend sind. Und auch die häufigen Recidive erscheinen jetzt in anderem Lichte als zuvor: da es, um diese Herpetes auszulösen, nur geringer Anstösse bedarf, wie sie sich — zumal an den betreffenden Regionen, wo noch die anderen oben bezeichneten disponirenden Momente mitspielen — leicht wiederholen, so hat auch die Wiederholung des Ausschlages nichts auffälliges. Jene schwereren Nervenstörungen dagegen, die im Allgemeinen zum Zustandekommen eines gewöhnlichen Zoster erforderlich sind, werden, wie sie sich natürlich überhaupt nur verhältnissmässig selten finden, noch viel seltener sich an demselben Individuum zum zweiten oder gar zu öfteren Malen wiederholen.

Wir haben also in dem anatomischen Verhalten der Haut des Gesichtes und der Genitalien ein Moment kennen lernen, welches, im Vereine mit den von Gerhardt hervorgehobenen Besonderheiten des Verlaufes der kleinen Trigeminusäste und mit der unserer Auffassung nach traumatischen Natur des Herpes genitalis, ausreichend erscheint, die Unterschiede in dem Bilde des Herpes facialis und genitalis gegenüber dem gewöhnlichen Zoster zu erklären und uns berechtigt dieselben als nicht wesentlich anzusehen.

---

## Literatur.

v. Bärensprung. Annal. d. Charité-Krankenhauses 1861. Bd. IX, Heft 2, p. 40.



Behrend. Lehrbuch der Hautkrankheiten 1883, p. 212.
Bertholle. Gaz. des hôp. 1876, Nr. 105, 106.
Bohn. Gerhardt's Handbuch der Kinderkrankheiten. Nachtrag. 1883, p. 187.
Boulanger, Contribution à l' étude de la fièvre zoster. Th. de Paris, 1885.
Broadbent. Brit. med. Journ. 1876. 9. Dec., p. 740.
Bulkley. Amer. Journ. of. med. July 1876.
Cary, Lyon méd. Gaz. 1874, Nr. 14, p. 262 (cit. nach M. Weiss).
Curschmann und Eisenlohr, Deutsch. Arch. f. klin. Med. 1884, Bd. 34, p. 409.
Diday. Annal. de derm. et de syphil. 1877—78, p. 96.
Diday et Doyon (1). Annal. de derm. et de syphil. 1884, p. 152.
Diday et Doyon (2). Les herpès génitaux. Paris 1886.
Doyon. De l' herpès récidivant des parties génitales. Paris 1869.
Dupont. Arch. de méd. navale. T. XXIX. cit. bei Verneuil und Merklen. Annal. de derm. 1882, p. 634.
Fabre. Gaz. méd. de Paris 1883, Nr. 42.
Fernet. France méd. 1882, Nr. 32.
Fournier. Gaz. des hôp. 1878, p. 890.
Gerhardt. Jen. Zeitschr. f. Med. u. Naturw. 1865, Bd. II, p. 345 bis 349.
Greenough. Arch. of Dermatol. 1881, T. VII, p. 1.
Griesinger. Virchow's Handbuch, II, 2, 1864, p. 38.
Groppe. Ueber Herpes. I.-D. Greifeswald 1873.
Hebra-Kaposi. Lehrbuch der Hautkrankheiten 1874, p. 309.
v. Hebra H. Die krankhaften Veränderungen der Haut 1884, p. 262.
Henoch. Beiträge zur Kinderheilkunde. Neue Folge. 1868, p. 389.
Juliusburger. Viertelj. f. Derm. 1884, p. 97.
Kaposi. Wiener med. Wochenschr. 1874, Nr. 25, 26, 38. 1875, Nr. 22, 23. 1877, Nr. 25, 26. Ausführlich referirt in Viertelj. f. Derm. 1874, p. 411. 1875, p. 522. 1878, p. 327.
Landouzy. Semaine méd. 20. Sept. 1883.
Lesser (1). Virchow's Arch. 1881, Bd. 86, p. 404.
Lesser (2). Virchow's Arch. 1883, Bd. 93, p. 514.
Letulle. France méd. 1881, T. II, p. 662, 673.
Mauriac. Leçon sur l' herpès névralgique des organes génitaux. Paris 1877.



Moursou. Arch. de méd. navale, T. XXXIII, cit. bei Verneuil ur Merklen.

Nieden. Centr. f. prakt. Augenheilkunde 1882, Nr. 6.

Perroud. Annal. de derm. et de syphil. 1876, p. 57.

Simon O. Die Localisation der Hautkrankheiten. Berlin 1873, p. 8

Singer. Wiener med. Wochenschr. 1865, Nr. 65—69.

Spitz. Die Recurrens-Epidemie in Breslau im Jahre 1879. I.-

Breslau 1879, p. 18.

Thomas (1). Arch. d. Heilk. 1866, Bd. VII, p. 285.

Thomas (2). Arch. d. Heilk. 1867, Bd. VIII, p. 478.

Thomas (3). Ziemssen's Handbuch, II, 2, p. 84.

Unna. Journ. of cutan. and ven. dis. Vol. I, 1883, p. 321.

Verneuil. Annal. de derm. et syphil. 1885, p. 589.

Weigert-Neisser. Eulenburg, Realencyclopädie, Bd. IV, p. 66

Weiss M. Zeitschr. f. Heilk., Bd. VI, 1885, p. 479.

Wyss. Arch. d. Heilk. 1871, Bd. XII, p. 290.






Aus dem Institute für pathologische Anatomie des Herrn Prof. Dr. H. Kundrat in Wien.

# Zur Anatomie und Aetiologie der Orientbeule.

Von

**Dr. Gustav Riehl,**

Universitätsdocent in Wien.

Seitdem Alexander Russel[1]) in seiner Naturgeschichte von Aleppo im Jahre 1756 die Beulenkrankheit eingehend beschrieben hat, sind von vielen Orten des Orients Berichte über ähnliche Endemien bekannt geworden. So constatirte man endemisches Auftreten von Boutons nicht blos in anderen Orten Syriens, sondern auch in Persien, Indien, an der Nordküste Afrikas von Marokko bis Egypten, in Kleinasien, auf Cypern, in Creta.

Je mehr sich unsere Kenntniss dieser einzelnen Krankheitsformen erweiterte, desto mehr hat sich die Anschauung Bahn gebrochen, dass alle diese unter den verschiedensten Namen beschriebenen Endemien eigentlich nur einer einzigen, auf ein grosses Gebiet ausgebreiteten Krankheit[2]) angehören, und man fasst in neuerer Zeit mit Recht alle diese Formen unter dem Namen Bouton d'Orient, Orientbeule oder schlechtweg Beulenkrankheit zusammen, wie dies französische Autoren vorgeschlagen haben.

[1]) Uebersetzt von F. Gmelin. Göttingen 1798. II. Bd. pag. 147 ff.

[2]) Die Eigenart der Krankheit ist heute allgemein anerkannt, nur Geber, der 1874 fast alle Fälle, welche er im Oriente gesehen hatte, als Lupus, Syphilis etc. erklärt, gibt seinem Zweifel noch 1883 (in Ziemssen's Handbuch. XIV. Bd., I. Hfte., pag. 34) Ausdruck.

Die Krankheit, welche sowohl Eingeborne, und zwar meist im frühen Kindesalter, als auch Fremde, welche die betreffenden Gegenden besuchen, zu befallen pflegt, besteht in der Entwicklung eines oder mehrerer Knötchen (männlicher-weiblicher Bouton), welche fast ausnahmslos an freigetragenen Hautpartien, Gesicht, Händen, Armen und Unterschenkeln auftauchen, und anfangs nur mässiges Jucken verursachen. Im Laufe von Wochen erreicht das Knötchen die Grösse einer Erbse oder Bohne oder es confluiren nebeneinander stehende Knötchen zu grösseren derben Infiltraten. Diese zerfallen nach einiger Zeit und es entstehen unregelmässige Geschwüre mit ausgenagten Rändern und höckeriger Basis, welche viel missfärbigen Eiter liefern, der meistens zu dicken, festhaftenden, geschichteten Krusten vertrocknet. Die Geschwüre bestehen lange Zeit und geben nicht selten zur Entstehung von Lymphangioitis und Drüsenschwellungen Anlass; schliesslich heilen sie durch Granulation gewöhnlich nach Ablauf von 6—12 Monaten (Jahresbeule). Sie hinterlassen je nach dem Sitze und nach ihrer Grösse mehr minder entstellende Narben.

Schon Russel erwähnt, dass man in Aleppo nur wenige Eingeborne ohne derartige Narben antreffe, und auch von späteren Beobachtern wird angegeben, dass fast alle Bewohner der Endemieherde wenigstens einmal im Leben von der Beulenkrankheit befallen werden.

In einzelnen Gegenden verläuft die Affection milder und in bedeutend kürzerer Zeit, bewahrt aber ihre sonstigen klinischen Charaktere (Nordrand der Sahara etc.).

Nach Hirsch[1]) erstreckt sich das Verbreitungsgebiet der Beulenkrankheit vom 23. bis 45.° n. B. und vom 15.° w. L. bis zum 20.° ö. L. (Greenwich). Für manche Formen muss allerdings ihre völlige Identität mit dem Bouton d' Orient vorläufig noch in Frage gelassen werden, so für die in der Krim, in Taschkent und an den Ufern des Tschirtschik etc. beobachteten Endemien.

[1]) Dr. A. Hirsch. Handbuch der historisch-geographischen Pathologie. II. Aufl. III. Abthlg. pag. 467 ff. 1886. Daselbst auch fast vollständiges Literaturverzeichniss bis 1884. Einzelne schwer zugängliche Arbeiten und Angaben in diesem Aufsatze sind nach Hirsch citirt.



Durch die zum Theile sehr eingehenden Schilderungen einzelner Endemien und die trefflichen Beschreibungen der Krankheit, die wir namentlich französischen Autoren[1]) verdanken, sind die klinischen Erscheinungen und die Umstände, unter welchen die Krankheit auftritt, genügend bekannt. Wir können daher füglich von einer eingehenden Schilderung der klinischen Symptome hier absehen, und wollen uns zunächst mit der Anatomie und Aetiologie beschäftigen, die bis heute zu den verschiedensten Meinungsäusserungen Veranlassung gegeben hat, und als der Kernpunkt der ganzen Frage betrachtet wird.

Im Folgenden führe ich zunächst meine eigenen Erfahrungen an, und schliesse daran die Besprechung der bisher vorliegenden Arbeiten in dieser Richtung.

---

Im November 1884 hatte ich Gelegenheit einen Fall von Aleppobeule zu sehen, und zwar an einem Arzte, der längere Zeit in Ofra gelebt hatte, und mit seiner Familie vor Kurzem nach Wien gekommen war. Dr. F., der uns über die Beulenkrankheit interessante Aufschlüsse gab, trug selbst eine Beule, die in der letzten Zeit seines Aufenthaltes in Ofra entstanden war, an der Haut unter dem Malleolus internus des linken Beines. Die Beule präsentirte sich als ein ziemlich flacher, braunrother Knoten von circa 1 Ctm. im Durchmesser, hatte im Allgemeinen rundliche, der Spaltrichtung der Haut entsprechend etwas quer ausgezogene Form, war von der Unterlage abhebbar, und durchsetzte die ganze Cutis. Die Oberfläche derselben war überall mit glänzender Epidermis versehen, an der noch einzelne Haarbälge und Drüsenmündungen wahrnehmbar waren. Von Ulceration oder Fluctuation keine Spur.

Die Consistenz des Knotens war im Gegentheil eine ziemlich derbe, so dass er an ein Tuberculum syphiliticum lebhaft erinnerte; nur die Farbe zeigte eine etwas anderartige Nuance, als man sie bei letzterem gewöhnlich zu beobachten pflegt. Gegen die normale Haut zu erschien die Efflorescenz ziemlich scharf abgegrenzt. Entzündlicher Halo war nicht nachweisbar.

[1]) Laveran etc.



An der Haut des übrigen Körpers waren weder Knoten noch Narben aufzufinden. Drüsenschwellungen fehlten.[1])

Dr. F. liess sich den Knoten exstirpiren, und hatte die Freundlichkeit mir das Präparat zur anatomischen Untersuchung zu überlassen.

Es sei hier nebenbei erwähnt, dass die Excision circa 3 Mm. weit im anscheinend gesunden Gewebe vorgenommen wurde. Trotzdem ein Jodoformverband angelegt worden war, kam es an einer Stelle zur Eiterung und bald darauf zur Bildung eines Infiltrates. Dr. F. verliess wenige Tage später Wien. Ueber den weiteren Verlauf ist uns nichts bekannt geworden.

Die eine Hälfte des Präparates, welches das Substrat der im Folgenden mitgetheilten Untersuchungen bildete, wurde gleich nach der Excision in absolutem Alkohol gehärtet, mit der anderen Hälfte stellte Dr. Richard Paltauf, Assistent am pathologischen Institute, Culturversuche auf Agar-Agar, Gelatine und Blutserum an. Diese Versuche blieben resultatlos, sämmtliche Eprouvetten steril.

Das in Alkohol gehärtete Präparat wurde in Celloïdin eingebettet, und senkrecht zur Oberfläche geschnitten. Die Schnitte wurden nach verschiedenen Färbungsmethoden behandelt.

---

Die mikroskopische Untersuchung einer Reihe von Schnitten ergab Folgendes:

Die verhornte Epidermis des Knotens, die am Lebenden keine Spur von Schuppung oder Blasenbildungen gezeigt hatte, war in mehrfachen locker zusammenhängenden Lagen angeordnet, und wich an den peripheren Theilen der Geschwulst vom Aussehen der normalen Epidermis nicht ab. An diesen Partien zeigte das Rete Malpighii eine auffallende Mächtigkeit, die namentlich durch die tiefreichenden Interpapillarzapfen bemerkbar wurde. In den Retezellen war Form und Anordnung den normalen Verhältnissen entsprechend.

[1]) Es ist dies derselbe Fall, den Prof. Kaposi am 7. Nov. 1884 in der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien vorgestellt, und in der dritten Auflage seines Lehrbuches pag. 424 besprochen hat. Siehe Anzeiger der k. k. Ges. d. Aerzte Nr. 6.



Ueber den dichteren Infiltraten der mehr centralen Theile der Beule verschmächtigte sich das Rete immer mehr, die interpapillaren Zapfen erschienen nur wenig ausgebildet, so dass die untere Begrenzung des Rete gegen das Centrum der Geschwulst zu nur mehr leicht wellig erschien. In letzterem selbst fehlte das Rete in der Breite von circa zwei bis drei Papillen vollständig, so dass die Hornlamellen unmittelbar auf dem veränderten Cutisgewebe flach auflagen.

Die Continuität der verhornten Epidermis war nirgends unterbrochen. An den verdünnten Stellen zeigte sich das Protoplasma der Retezellen feinkörnig getrübt, die Kerne weniger deutlich sichtbar, das Aufnahmevermögen für Farbstoffe — Carmin, Hämatoxylin — herabgesetzt, die Zellcontouren, speciell die protoplasmatischen Verbindungsfäden (Stacheln) nur undeutlich erkennbar. In diesen Partien fanden sich ziemlich reichliche Wanderzellen im Rete.

Die wesentlichsten Veränderungen fanden sich im Corium.

Im centralen Theile des Knotens zeigte sich bei oberflächlicher Betrachtung das ganze Gewebe der Cutis durch ein zelliges Infiltrat ersetzt, das in ziemlich gleichmässiger Dichte von der Epidermisgrenze bis in das subcutane Gewebe reichte.

Gegen die Peripherie hin war das Infiltrat weniger ausgebreitet, auf einzelne Herde beschränkt, die durch grössere Bindegewebszüge von einander getrennt wurden. Am Rande der Schnitte konnten noch vereinzelte Infiltratherde in Form von Zügen, welche die Gefässe begleiteten, oder als spindlige Zellhaufen nachgewiesen werden; auch an den äussersten Enden der Schnitte fanden sich solche, trotzdem der Schnitt bei der Excision des Knotens in makroskopisch normal aussehender Haut geführt worden war.

An den peripheren Partien, wo die Anordnung des Infiltrates leicht zu überblicken war, konnte man constatiren, dass dasselbe von den Haarbälgen und Talgdrüsen völlig unabhängig, aber an den Lauf der grösseren Blut- vielleicht auch Lymphgefässchen gebunden war. Um die Schweissdrüsenknäuel und auch an den grösseren Bindegewebssträngen, die von dem subcutanen Gewebe aufsteigen, fanden sich häufig Infiltrate.

Je mehr man dem Centrum des Knotens nahe kam, desto massiger traten diese Infiltrate auf, und desto schwerer konnte





entschieden werden, von welchem Punkte sie ihren Ausgang genommen hatten. Doch selbst im mittleren Theile der Geschwulst war noch eine Anordnung der Infiltrate um gewisse Centren erkennbar, wiewohl nicht in so scharf ausgeprägter Form wie etwa bei Lupus vulgaris.

An den peripheren Theilen der Geschwulst trennen völlig normal aussehende Bindegewebszüge die einzelnen Zellherde, und selbst noch an Partien, wo die Herde dichter aneinander liegen. und am Schnitte makroskopisch wahrnehmbare Grösse erreichen. liegen Bindegewebszüge zwischen denselben, so dass man den Eindruck gewinnt, als hätte das anwachsende Infiltrat die Maschen der Cutis auseinander gezerrt und die Bindegewebsstränge verdrängt.

Diese Stränge von Bindegewebe zeigen in diesen Partien aber zum Theile selbst nicht mehr normale Beschaffenheit; die Zwischenräume zwischen ihren Bündeln enthalten Rundzellen einreihig aneinander gedrängt, welche die Bündel förmlich einscheiden. Am Querschnitte präsentiren sich solche Stellen als netzförmig verzweigte Infiltrate, in deren Maschen die einzelnen Bindegewebsbündel mehr oder minder gequollen und glasig aussehend liegen.

Im Centrum des Knotens, wo die knötchenförmigen Herde zahlreicher und grösser sind, wird durch derartige die Bindegewebszüge umspinnende und durchsetzende Infiltrate eine scheinbar gleichförmige Infiltration hervorgebracht, in welcher nur bei genauer Betrachtung Reste der Muskelbündel und Bindegewebszüge erkennbar sind.

Dem grössten Theil nach werden die Infiltrate von Granulationsgewebe — aus kleinen Rundzellen bestehend — gebildet. So bestehen alle kleinen, die Gefässe begleitenden Herde und die das Cutisgeflecht durchsetzende Infiltrate aus kleinen runden Granulationszellen.

In den centralen Partien der erwähnten grösseren knötchenförmigen Zellhaufen finden sich regelmässig schwächer tingirbare Zellen mit grossen ovalen Kernen dicht aneinander gedrängt. Viele von ihnen zeigen bei Carminfärbung trübes Protoplasma, die Mehrzahl besitzt mehr oder minder ovale oder spindelförmige Gestalt.

Zwischen diese epitheloiden Zellen eingebettet, finden sich vielkernige Zellen und Riesenzellen, ungefähr im Mittelpunkte des



Herdes oder etwas peripher gelagert. Das Protoplasma der kleineren Riesenzellen ist meist völlig durchsichtig, das der grösseren, welche durch die grosse Zahl ihrer peripher liegenden Kerne auffallen, häufig trübe.

In vielen derartigen Knötchen sind noch glasig gequollene Reste von Bindegewebsbündeln nachweisbar, fast in allen finden sich Mastzellen.

In allen grösseren Herden von Granulationsgewebe fanden sich regelmässig hyaline kugel- oder tropfenförmige Massen, deren Grössenverhältnisse erheblich schwankten. Die kleineren Kugeln sind regelmässig zahlreich aneinander liegend von einer gemeinsamen Hülle umschlossen; von grösseren tropfenförmigen Massen findet man zwei bis vier in einer gemeinsamen Hülle oder einzelne derselben auch frei im Gewebe liegend. Weder an den kleinsten noch an den grössten derartigen Massen sind irgend welche Structurdetails nachzuweisen; sie zeichnen sich an ungefärbten Schnitten durch ihren eigenthümlichen Glanz und durch ihre gelbliche Farbe aus. Violette Anilinfarben tingiren sie in intensiver Weise. Bei Entfärbung durch Alkohol und Nelkenöl behalten diese Kugeln die Färbung länger bei als die Zellkerne. Selbst bei Färbung nach Gram's Methode bleiben sie intensiv violett.

Diese offenbar aus einer regressiven Metamorphose der Zellen entstandenen Massen gleichen in ihrem Aussehen, ihrer Anordnung und in ihrem Verhalten gegen Farbstoffe vollständig den in anderen Granulationsgeweben öfter vorkommenden — namentlich im Rhinoskleromgewebe häufig beobachteten — Hyalinkugeln.

Ein bei weitem geringerer Theil des Infiltrats besteht aus einfach entzündlichen Zellen. Diese finden sich in geringer Menge um die Capillaren der Papillen und an den Gefässstämmchen. In grösseren Mengen sind Leucocyten im centralen Theile der Beule rings um die grösseren knötchenförmigen Herde von Granulationsgewebe angeordnet oder in diese selbst eingedrungen zu sehen.

Ausserdem sah man in denjenigen Schnitten, welche die Mitte der Geschwulst getroffen hatten, im centralen Theile eine von unten nach oben aufsteigende, schmale, streifenförmige Gewebspartie mit den Zeichen der Nekrose. Das Bindegewebsstroma, resp. das Granulationsgewebe liess keine Zellgrenzen erkennen, und zeigte hyalin gequollenes oder krümlig aussehendes Grund-





gewebe, in welchem zahlreiche noch färbbare Trümmer von Zellkernen lagen. Die Nekrose war am deutlichsten ausgeprägt an der Stelle, wo das Rete Malpighii fehlte, und zog sich schmäler werdend, zwischen den Knötcheninfiltraten in die Tiefe bis zum subcutanen Gewebe.

Die Haarbälge und Talgdrüsen zeigten an den peripheren Partien des Knotens, wie erwähnt, keine Veränderungen, während sie im centralen Theile nur in spärlichen Resten nachzuweisen waren. Um die Schweissdrüsenknäuel war fast überall Granulationsgewebe zu sehen; die aufsteigenden Ausführungsgänge zogen durch Infiltrate und gesunde Cutistheile ohne wesentliche Veränderungen zu zeigen; nur an einzelnen unter der Mitte des Knotens situirten Drüsenknäueln fand sich fettige Degeneration des Epithels.

Die grösseren Blutgefässe zeigten auch, wenn sie von den Infiltraten weit entfernt waren, immer Verdickung der Media und Wucherung der Intima mit stellenweise fast zum Verschlusse führenden Anhäufungen von Endothel oder daraus hervorgegangenen hyalinen Massen. An den Nerven keine auffällige Veränderung.

Fassen wir die geschilderten Details zu einem Gesammtbilde zusammen, so müssen wir die Aleppo- resp. Orient-Beule unter die Granulationsgeschwülste rechnen.

Bei der grossen Aehnlichkeit der histologischen Bilder, welche wir von den verschiedenen Granulationsgeschwülsten erhalten, geben uns zunächst die Art der Vertheilung des Granulationsgewebes, seine speciellen Eigenthümlichkeiten und hauptsächlich die Umwandlung und das schliessliche Schicksal des Gewebes Anhaltspunkte zur Differenzirung.

Wenn wir diese Gesichtspunkte im Auge behalten, fällt nach den geschilderten Befunden zunächst auf, dass das Granulationsgewebe von der Grenze der Papillarschichte bis in das subcutane Gewebe hinein vertheilt ist. Wir finden dies allerdings nur im centralen Theile unseres Knotens, da dieser aber ein relativ frühes Stadium im Verlaufe der Beule präsentirt und diese bekanntlich später viel grössere Dimensionen anzunehmen pflegt, ist es höchst wahrscheinlich, dass die grösseren Geschwülste, so lange sie noch nicht ulcerirt sind, zum grössten Theile die Structur unseres Knotencentrums aufweisen.



An den Randpartien, also den vorschreitenden Theilen, sehen wir die Zellherde die Gefässe begleiten, längliche Züge und kleine rundliche oder spindelförmige Lager bilden, welche sich im weiteren Verlaufe zu grösseren Knötchen entwickeln. Das zwischen diesen Knötchen liegende Bindegewebe bleibt aber nicht lange frei und unverändert, sondern wird bald von kleinen Rundzellen durchsetzt, die alle Spalten des Cutisgerüstes erfüllen, und so eine auffallende netzförmige Anordnung zeigen. Die einzelnen Fäden dieses Netzes, welche im Beginne aus einer Zellreihe bestanden, nehmen durch Zellproliferation an Volumen zu, die anfänglich normal aussehenden Bindegewebsbündel werden glasig und verschwinden zum grossen Theile, so dass die inzwischen angewachsenen knötchenförmigen Zellherde nun nicht mehr durch Bindegewebsstränge getrennt werden, sondern sich gegenseitig berühren und confluiren.

Dieser Ausbreitung des Granulationsgewebes geht einfach entzündliche Infiltration rings um die grösseren Knötchen parallel. Leucocyten erfüllen das Zwischengewebe und dringen in die Granulationsherde selbst ein. Infiltration mit Granulationsgewebe und einfache Entzündung gehen nebeneinander her.

Bei weiterer Zunahme der Ernährungsstörung tritt endlich nekrotischer Zerfall der ganzen infiltrirten Partie ein. An unseren Präparaten sehen wir die Nekrose nur auf ganz kleine Stellen beschränkt im centralen Theile der Geschwulst, namentlich direct unterhalb jener Stelle, wo sich verhornte Epidermis ohne Vermittlung von Rete Malpighii an die Cutis schliesst. An dieser Stelle, die wir als kurz vor dem Durchbruch stehend ansehen müssen, hätte die Ulceration begonnen und wäre gegen die Peripherie fortgeschritten, wie dies zahlreichen Beobachtungen am Lebenden zufolge wirklich stattfindet.

Der Ulceration geht also nekrotischer Zerfall des Infiltrates voraus.

Inwieferne bei diesem Vorgange die Versorgung mit Blut eine Rolle spielt, lässt sich nach dem Aussehen der Blutgefässe beurtheilen, die wir nicht blos in den Antheilen, welche das Infiltrat durchziehen, erkrankt, sondern auch an der Peripherie bedeutend verändert finden.

Es besteht, wie wir gesehen haben, im ganzen Bereiche des



Knotens Endarteriitis mit bedeutender Verengung der Lumina an einzelnen Gefässen selbst mit Verschliessung derselben.

---

Nach dem klinischen Verhalten der von vielen Autoren constatirten Uebertragbarkeit der Krankheit und schliesslich selbst nach dem anatomischen Befunde lag es nahe die Ursache der Affection in einem Mikroparasiten zu vermuthen, und nach diesem im Gewebe zu suchen.

Es wurde zunächst eine Reihe von Färbungsmethoden (Ehrlich, Gram, Methylenblau etc.) versucht, ohne dass sich ein positives Resultat ergeben hätte.

Schliesslich gelang es, einen Mikrococcus in grosser Quantität aufzufinden. Die Färbungsmethode, welche seine Darstellung ermöglicht, ist folgende:

Die Schnitte werden für circa eine halbe Stunde in eine concentrirte Lösung einer Anilinfarbe (Thymol-Gentiana, Ehrlich's Gentiana, Carbolfuchsin) gebracht, hierauf in 1percentiger Essigsäure (circa 1 Minute) abgespült, in Alkohol rasch entfärbt, mit Cedernöl aufgehellt und in Lack eingebettet.

In Schnitten, welche nach dieser Methode behandelt wurden, fanden sich überaus zahlreiche Mikrococcen.

Die Form der einzelnen Coccen ist vollkommen kugelig, ihr Durchmesser schwankt zwischen 0·9 und 1·1 Mikr. Sie sind ausschliesslich im Protoplasma der Zellen des Granulationsgewebes zu finden, im Bindegewebe wie in der Epidermis fehlen sie vollständig; ebenso konnten sie zwischen den Zellen nirgends mit Sicherheit nachgewiesen werden. Im Zellprotoplasma liegen sie immer so angeordnet, dass sie sich gegenseitig, auch wenn sie sehr zahlreich vorhanden sind, niemals berühren. Sie bilden in Folge dessen weder typische Haufen noch Ketten etc. Gewöhnlich liegen sie in der peripherslen Schichte des Protoplasmas, doch erfüllen sie das letztere in einzelnen Zellen bis zum Kern. Die Leucocyten-ähnlichen Zellen enthalten meist nur wenige Coccen, während die grösseren epitheloiden Zellen häufig mehr als zwanzig einschliessen. Am zahlreichsten erfüllen sie die bei Carminfärbung gequollen und trübe aussehenden Zellen. In den mehrkernigen und Riesenzellen sind sie ebenfalls in grosser Menge anzutreffen.



Häufig sieht man um jeden Coccus einen schmalen Saum des Protoplasmas, der sich von der Umgebung durch seine grössere Helligkeit auszeichnet.

Diese Coccen verdanken ihre Grösse der Existenz einer Kapsel.

Färbt man nämlich nur ganz kurze Zeit in einer der erwähnten Farblösungen, namentlich in Carbolfuchsin, und entfärbt, bis die Schnitte nur schwach rosa tingirt erscheinen, so gelingt es an manchen Stellen in Mitte des nur schwach gefärbten Coccus ein intensiv gefärbtes rundes oder leicht ovales Körperchen darzustellen, den eigentlichen Coccus, der demnach von einer weniger tingirten Kapsel umschlossen ist. An mit Hämatoxylin (Grenacher) gefärbten Schnitten lassen sich diese Kapseln deutlich erkennen.

Die Coccen waren in allen auf die angegebene Weise tingirten Schnitten selbst in den ganz peripheren, die nur wenige Züge des Infiltrates enthielten, nachweisbar. Am zahlreichsten finden sie sich in den ausgebildeten Infiltraten, die dann bei schwacher Vergrösserung (Obj. 5) wie mit gefärbten Pünktchen übersät aussehen.

---

Die wenigen bekannt gewordenen histologischen Befunde stammen fast alle aus den letzten Jahren und stimmen im Wesentlichen überein.

Fast alle Untersucher geben an, chronisch entzündliche Infiltrate oder Granulationsgewebe gesehen zu haben. So finden Lewis und Cunningham [1]) die Beschreibung, welche Virchow vom Lupusgewebe entworfen hat, so genau passend auf die Bilder, welche sie selbst an Schnitten der Delhibeule gesehen haben, dass sie die Krankheit für eine Art Lupus erklären. Einen ähnlichen Befund von der Aleppobeule verzeichnet Altounyan [2]). Auch in der neuesten Arbeit [3]) über die Delhibeule beschreibt Cunningham das Infiltrat als Granulationsgewebe, welches die normalen Elemente der Haut auseinanderdrängt und theilweise

[1]) The oriental sore, as observed in India Calcutta 1877.

[2]) Journal of cut. and venereous diseases, III. 6. 1885.

[3]) Ueber das Vorkommen besonderer parasitärer Organismen bei der sogenannten Delhigeschwulst. Calcutta 1885. Ref. v. Buchner. Münchner med. Wochenschrift, 20. April 1886.

zum Schwinden bringt. Auf die von ihm gefundenen und als specifisch angesehenen Bestandtheile kommen wir im Folgenden zurück.

Die Mehrzahl der Autoren hat übrigens zunächst die Eruirung der Krankheitsursache im Auge gehabt; es liegen aus diesem Grunde weit mehr Berichte über Untersuchungen des Secrets und der Krusten vor, durch welche experimentell eine Uebertragung der Krankheit möglich ist, als Beschreibungen der histologischen Beschaffenheit der Beulen.

Ebenso suchte man von jeher durch genaue Beachtung aller Umstände, unter welchen die Beulenkrankheit an gewissen Orten auftritt, die Aetiologie derselben zu erklären.

Fast überall haben sich die Eingeborenen gewisse Ansichten über die Entstehung der Beulen gebildet, und die meisten ärztlichen Beobachter an den verschiedenen Endemiepunkten haben Untersuchungen in dieser Richtung angestellt. Fast jeder Autor gibt seiner Anschauung Ausdruck und bevorzugt eine oder die andere Hypothese, ohne dass es bis jetzt zu einer einheitlichen und allgemein gültigen Ansicht gekommen wäre. So erwähnt schon A. Russel (l. c.), dass die Einwohner von Aleppo und benachbarten Orten dem Flusswasser des Seschur und Kowik die Entstehung der Jahresbeule (Hebt al sinne) zuschreiben. An dieser Trinkwassertheorie halten viele Beobachter fest, und legen auf den grossen Gehalt an schwefelsaurem Kalk, Kochsalz, Magnesia und anderen Substanzen das Hauptgewicht. Auch Lewis und Cunningham (l. c.) sind auf Grund ihrer Beobachtungen an in Delhi stationirten Truppen ähnlicher Ansicht, während eine Reihe von Autoren, z. B. Laveran (l. c.) diese Trinkwassertheorie entschieden ablehnt.

Eine zweite Hypothese nimmt an, dass die beulenerzeugende Schädlichkeit mit dem Wasser beim Waschen und Baden auf die Haut gebracht werde; diese Ansicht vertritt nebst anderen in jüngster Zeit auch Cunningham (l. c.). Andere Autoren bringen die Krankheit mit dem Genusse der frischen Datteln in Zusammenhang, daher der Name Dattelkrankheit, (bess-el-Temeur). Das Ausbreitungsgebiet der Dattelpalme fällt geographisch mit dem der Orientbeule zusammen.

Aeltere Autoren suchten den Grund in klimatischen und topographischen Verhältnissen, einige fassen die Beulenkrankheit



als durch gasförmige Miasmen entstanden auf. A. Hardy (Traité des maladies de la peau Paris 1886) neigt sich der Ansicht zu, es handle sich um die Anwesenheit von Fliegenlarven oder anderen Insectenlarven in der Haut.

Weit mehr Berechtigung scheint die von vielen Autoren geäusserte Ansicht zu haben, dass die im Orient so zahlreichen Insecten, namentlich Fliegen, welche ja erwiesenermassen andere Krankheiten (Blennorrhoea conj., Milzbrand etc.) übertragen, bei der Ausbreitung der Beulenkrankheit die grösste Rolle spielen. Damit würde die Beobachtung stimmen, dass die Häufigkeit des Auftretens neuer Beulen in gewissen Monaten (September, October) mit der in den feuchten Monaten vermehrten Anzahl von Fliegen zusammenfällt. Zu dieser Zeit entstehen aus kleinen Excoriationen, offenen Wunden, Impfpusteln etc. fast regelmässig Boutons. Es wäre dadurch auch der Umstand erklärt, dass die entblösst getragenen Körpertheile weitaus am häufigsten Sitz der Beulen sind. (Seriziat[1]), Laveran, Altounyan.)

Wir können auf die Erörterung dieser vielbesprochenen und interessanten Verhältnisse nicht näher eingehen, und wollen nur diejenigen Arbeiten berücksichtigen, welche sich mit der Aufsuchung eines Mikroorganismus als Ursache beschäftigen.[2])

Das Suchen nach einem pathogenen Organismus in den Beulen erscheint umso berechtigter, als fast alle Umstände beim Vergleich der verschiedenen Endemien darauf hinweisen, dass die Beulenkrankheit ein parasitäres Leiden sei, wie dies auch Virchow vermuthet. Die ersten auf mikroskopischer Untersuchung der Beulen und ihres Secrets beruhenden Angaben fanden keine Bestätigung und sind als unrichtig erkannt.

Flemming[3]), der Eier eines Parasiten im Beulengewebe gefunden zu haben glaubte, gab später seine Ansicht selbst auf.

---

[1]) Etudes sur l'oasis de Biskara 1875.

[2]) Die neueren Arbeiten über die Aetiologie der Orientbeule scheinen wenig bekannt geworden zu sein, wenigstens finden wir selbst in den neueren dermatologischen Lehrbüchern keine derselben erwähnt. Da die betreffenden Monographien überdies schwer zugänglich sind, dürfte eine eingehende Besprechung derselben hier am Platze sein.

[3]) Brit. Army med. reports (1868, 1869).



Smith[1]) glaubte im Geschwürssecrete Eier oder Entwicklungsformen, im Gewebe den distomaartigen Parasiten selbst gefunden zu haben.

Weitaus mehr Vertrauen erweckte der Pilzbefund V. Carter's.[2]) C. fand hauptsächlich in den Lymphspalten der Cutis einen Mycelpilz mit zahlreichen Sporen und orangegelben Körperchen.

M. Weber[3]), dem wir eine ausführliche Arbeit über die Biskrabeule verdanken, ist der Meinung, der Pilz Carter's sei „fast gewiss die Ursache der Biskrabeule". Dagegen erhebt Laveran gewichtige Einwände: Carter hatte seine Präparate von Weber aus Biskra in einer Conservirungsflüssigkeit, welche nicht Alkohol war, nach England zugesandt erhalten. Eine Pilzeinwanderung während des Transportes erscheint also durchaus nicht ausgeschlossen. Genaue Untersuchungen, die Laveran und andere (Kelsch, Kiénér) in Biskra selbst an zahlreichen Knoten angestellt hatten, ergaben nie einen Befund, wie Carter ihn verzeichnet hat. Ebensowenig fanden sich Carter's Schimmelpilze in den Krusten, deren Uebertragung auf andere Individuen fast immer die Eruption einer Beule veranlasste, die demnach das wirksame Contagium enthalten mussten. Auch von anderen Beobachtern wurde Carter's Befund niemals bestätigt. Carter scheint also durch Schimmelpilze, welche in der Conservirungsflüssigkeit wucherten und das Präparat durchwachsen hatten, irregeführt worden zu sein, und seine Angaben beziehen sich nicht auf den pathogenen Pilz.

Eingehende Beachtung verdienen zwei von einander unabhängige Arbeiten französischer Autoren, welche im Jahre 1884 veröffentlicht wurden. In beiden Arbeiten wird ein Mikrococcus, auf den wir im folgenden zurückkommen werden, als (wahrscheinlich) pathogener Pilz, die Gafsa- respective Biskra-Beule bezeichnet.

1. Deperet und Boinet[4]) hatten Gelegenheit, eine Epidemie dieser Krankheit unter sehr interessanten Umständen zu studiren.

[1]) Brit. Army med. reports for 1868.

[2]) Medico-chirurg. Transactions 1877, 59, Lancet 1875, Aug.

[3]) Mém. de méd. milit. 1876. XXXII.

[4]) Du bouton de Gafsa au camp. de Sathonay. Arch. de méd. et de pharm. militaires. III. Bd. April 1884. pag. 296 sequ.



Ein Infanterie-Bataillon, das seit Mai 1881 an der Expedition gegen Tunis theilgenommen hatte, und in der Nähe von Gafsa längere Zeit stationirt gewesen war, kehrte im September 1883 nach Frankreich (Sathonay) zurück. Schon während des Aufenthaltes in Afrika waren zahlreiche Erkrankungen an Beulen unter der Mannschaft vorgekommen. 25 Soldaten waren mit Beulen in verschiedenen Entwicklungsstadien in Frankreich angekommen. Diese Beulen verheilten rasch. Bei einigen Soldaten kam es zu neuerlichen Ulcerationen, und 20 Mann, die aus Tunis gesund zurückgekommen waren, erkrankten in Sathonay selbst. Ausserdem kam bei einem Manne, der Frankreich nie verlassen hatte, eine charakteristische Beule an der rechten Wange zur Eruption. Späterhin konnten D. und B. auch das Auftreten einer Beule bei einem Wärter, der die Pflege der isolirten Boutonkranken übernommen hatte, constatiren. Auf die interessanten klinischen Beobachtungen dieser Autoren kann hier nicht näher eingegangen werden.

Auch ihnen gelang es nicht den Carter'schen Pilz aufzufinden. Sie stellten deshalb eigene Untersuchungen über die Aetiologie der Beulenkrankheit an, und constatirten zunächst die Uebertragbarkeit der Krankheit durch Impfung mit dem Secrete der Geschwüre. Von sechs Leuten, welche schon in Gafsa an Beulen gelitten hatten, erkrankten zwei nach der Impfung neuerdings an unzweifelhaftem Bouton. Bei Meerschweinchen, die mit der Lymphe geimpft wurden, entwickelte sich am fünften Tage an der Impfstelle ein erbsengrosser harter Knoten, der bis zum zwölften Tage haselnussgross wurde, und sich späterhin resorbirte. Bei anderen Meerschweinchen wurde der Impfknoten rasch über haselnussgross, ulcerirte, die Thiere starben bald darauf. Am Cadaver fand sich eine sechs Millimeter breite Ulceration, die ins subcutane Bindegewebe reichte, deren Grund von einer käsigen, harten Masse eingenommen war. Fettleber, Lungeninfarcte. An Hunden und Kaninchen blieben die Impfungen resultatlos.

Eine zweite Versuchsreihe wurde mit gepulverten Krusten angestellt. Beim Meerschweinchen wurden ganz ähnliche Resultate wie mit der Lymphinjection erzielt. Hund und Kaninchen zeigten sich abermals immun. Beim Pferde entstanden circa drei Wochen nach der Injection im subcutanen Gewebe Knoten, die nach wenigen



Tagen ulcerirten, und grösste Aehnlichkeit mit den durch Impfung am Menschen erzielten Beulen darboten. In der Lymphe fanden D. und B. Mikrococcen, welche sie in Hühner- und Kalbsbouillon in mehrfachen Generationen züchteten.

Impfungen an Meerschweinchen mit diesen Culturflüssigkeiten haben Knoten im subcutanen Gewebe ergeben, welche sich nach einiger Zeit resorbirten, oder ulcerös zerfielen.

Culturen des Coccus in gesalzener Kalbsbrühe in dünner Schichte (en couche mince) verursachten, ohne locale Erscheinungen zu produciren, in zwei bis fünf Tagen den Tod der Meerschweinchen. Das Blut der Thiere war verflüssigt, die Blutkörperchen deformirt. Infarcte in den Lungen und Nieren. Beim Kaninchen entstanden 14 Tage nach der Injection, Geschwüre von 1 Ctm. Durchmesser.

Die Autoren schliessen aus ihren Versuchen, dass die Gafsabeule eine wahrscheinlich contagiöse, auf den Menschen sicher überimpfbare Krankheit ist. An verschiedenen Thieren entstehen durch die Einimpfung der Lymphe, Krusten oder Culturflüssigkeiten verschiedene Affectionen, beim Kaninchen und beim Pferde Geschwüre, welche grosse Analogie mit der Gafsabeule besitzen. Die Ursache der Affection bildet der von ihnen cultivirte Mikrococcus.

Die zweite Arbeit wurde von E. Duclaux und L. Heydenreich[1]) auf Veranlassung des Prof. Fournier ausgeführt. Das Materiale zur Züchtung der Mikroben stammte von einem aus Tunis gekommenen Kranken, welcher am rechten Vorderarme ein Dutzend theils confluirender theils zerstreuter Boutons aufwies. Duclaux entnahm als Züchtungsmateriale Blut durch einen Nadelstich aus der Umgebung eines Knotens und Blut aus der Spitze des rechten Zeigefingers. Der Coccus vom Durchmesser 0·5—1·0 Mikron wächst auf Kalbsbrühe, Milch, Malzzucker und Urin schon bei 10 Grad Celsius und entwickelt sich bei 35 Grad ungefähr zehn Mal schneller. Binnen 24 Stunden entsteht dann ein voluminöser Niederschlag der aus Coccen zu zweien neben einander liegend oder

[1]) Etude d'un mikrobe rencontré chez un malade atteint de l'affection appellé clou de Biskra. — Archives de physiologie norm. et path. III. Série IV. Bd. 1884. pag. 106 sequ., und Bulletin de l'Académie de médecine 1884. Séance 10. Juni. pag. 742 squ.



in grossen Zoogloeamassen besteht. Duclaux' Mikrobe verwandelt in einer Lösung von milchsaurem Kalk mit Bouillon gezüchtet ersteren in essigsauren Kalk.

Durch Impfungen der Culturflüssigkeiten entstand am Kaninchen eine chronische Krankheit, bestehend aus successiven Nachschüben von Knoten in der Haut, welche manchmal an der Spitze gangränös wurden, und öfter unregelmässig über die ganze Haut zerstreut oder gehäuft, selbst confluirend auftraten. Nach Fournier erinnern diese Knoten an die Biskrabeule. In der Eruptionsperiode leidet das Thier, magert ab, es entstehen subcutane Abscesse mit grünlichem Eiter. Trotzdem nimmt das Thier Nahrung. Nach und nach heilen die Beulen, die Thiere genesen. Bei einem Kaninchen begann die Eruption am zehnten Tage, dauerte vier Wochen; drei Wochen nach beendeter Eruption war das Thier gesund. Im Eiter der Knoten und in den subcutanen Abscessen fand sich der eingeimpfte Mikrobe. Uebrigens ergaben sich bedeutende Differenzen je nach dem Alter der Cultur und der Art der Einverleibung in den Organismus, wie die folgende Tabelle zeigt:

| Alter der Cultur | Erfolg der Injection | |
|---|---|---|
| | in die Haut | in eine Vene |
| 24 Stunden | ausgebreitete Gangrän (handgross) Abfall einer Ohrmuschel | Tod in 16 Stunden (Pericarditis, Pleuritis, hämorrh. Infarcte der Lungen, Coccen im Blut und Urin) |
| 10 Tage | begrenzte Gangrän | Tod nach 6 Tagen (Pericarditis, Pleuritis leicht oder nicht, Leber- und Nieren-Abscesse, Coccen im Harn, im Blut) |
| 25–30 Tage | Kleine Abscesse | Einige Tage keine Erscheinungen, dann Paraplegie nnd Tod (Meningitis, Abscesse in den Wirbeln, keine Coccen im Blut, aber im Eiter) |

Cunningham[1]) fand in der Delhibeule eigenthümliche Körperchen, die er für Mycetozoën und zwar Monadinen hält. Die

[1]) l. c.



Färbung mit den verschiedensten Methoden führte nicht zum Nachweis von Bacterien. Die von ihm gefundenen Körperchen färben sich nur mit Gentiana-Violett, sind immer grösser als Lymphkörperchen, ihre Form variabel kreisrund, elliptisch oder unregelmässig gelappt. Die Körperchen enthalten stark färbbare Kerne, die manchmal eine einzige grosse, die ganze Zelle füllende Kernmasse darstellen, in anderen Fällen zahlreich in der Zelle liegen. An vielen Stellen zeigten sich deutliche Theilungsvorgänge an diesen Zellen oder Körperchen. Die Zahl derselben betrug in einem Gesichtsfeld bei 150facher Vergrösserung acht oder mehr, manchmal fehlten sie auch hie und da. Nur ausnahmsweise fanden sie sich im epidermoidalen Stratum. Ihr reichlichster Sitz ist in dem Granulationsgewebe unterhalb des Papillarkörpers. C. ist geneigt an einen Zusammenhang mit dem Wasserbezug zu denken, da ja im Wasser sehr häufig derartige Monadinen gefunden werden.

Wenn wir diese bisher veröffentlichten Arbeiten überblicken, finden wir — abgesehen von den als Täuschungen erkannten Befunden Smith's, Fleming's und Carter's — zwei jedenfalls differente Mikrococcenarten (Déperet-Boinet und Duclaux) und eine Monadine Cunningham mit mehr minder grosser Wahrscheinlichkeit als Ursache der Orientbeule beschrieben.

Duclaux hat nur einen Fall von Biskrabeule zu seinen Untersuchungen zur Verfügung gehabt; als Material verwendete D. Blut aus der Umgebung der Knoten oder von entfernten Körperstellen, niemals Gewebesaft. Die Züchtungen wurden nur auf flüssigen Nährboden ausgeführt. Die Flüssigkeiten enthielten Coccen von 0·5—1·0 $\mu$ Durchmesser, die zu zweit oder in grösseren Zoogloeamassen lagen. Die Impfungen an Thieren ergaben sehr variable Resultate je nach der Applicationsweise und dem Alter der Cultur und nur beim Kaninchen Knoten, welche nach Fournier einige Aehnlichkeit mit der Briskabeule besitzen, im übrigen aber Erscheinungen (Gangrän, Abscesse, im subcutanen Gewebe etc.), die nicht zum Bilde der Orientbeule gehören.

Déperet und Boinet, deren Beobachtungen auf hinlänglich grossem Material basiren, geben über das Aussehen ihrer Coccen keinen Aufschluss. Auch von ihnen wurde flüssiger Nährboden zur Cultur verwendet, aber das Secret der Geschwüre zur Züch-



ung benützt. Die Impfresultate mit Lymphe und Knoten erweisen neuerdings ganz unzweifelhaft, dass eine Uebertragung der Beulenkrankheit von Mensch zu Mensch oder auf Thiere möglich ist. Ihre Impfungen mit Culturflüssigkeiten geben aber auch sehr variable Resultate, die allerdings mit denen Duclaux' nicht genau stimmen. Jedenfalls haben D. und B. einen mit Duclaux' Coccus nicht identischen Mikroben unter den Händen gehabt.

Es erscheint auffällig, dass weder D. und B. noch Duclaux ihren Coccus im Gewebe der Beule selbst nachgewiesen haben. Es kann demnach wohl keine der beiden Arbeiten für vorwurfsfrei und entscheidend angesehen werden, wenngleich die von Déperet und Boinet vertrauenerweckender erscheint.¹)

Cunningham's Arbeit über die Delhibeule ist mir leider nur im Referate (Buchner) zugänglich geworden; ich muss mich deshalb jedes definitiven Urtheils enthalten, doch möchte ich nicht unerwähnt lassen, dass ich die im Referate angeführten von C. als Monadinen bezeichneten Gebilde für identisch mit den oben beschriebenen hyalinen Kugeln, und somit nicht für Parasiten halte. Die angegebenen Methoden der Färbung, die Beschreibung der Form und Lagerung stimmen auffällig mit dem Verhalten der hyalinen Massen überein.

Da die mit dem Materiale unseres Falles angestellten Culturversuche des Hr. Dr. R. Paltauf erfolglos geblieben sind, bin auch ich leider nicht in der Lage, zur Lösung dieser Frage mehr als den beschriebenen Befund beitragen zu können. Trotzdem derselbe sich nur auf einen Fall bezieht, scheint er doch Beachtung zu verdienen, wegen der Eigenthümlichkeiten der gefundenen Organismen und hauptsächlich aus dem Grunde, weil sich dieser Befund an einem noch nicht ulcerirten Knoten ergeben hat, der sofort nach

¹) Auch Cornil und Babes bezweifeln in „Les bacteries“, Paris 1886, die pathogene Eigenschaft der Duclaux'schen Coccen einigermassen, und fordern den Nachweis derselben in mehreren Fällen, bei welchen es noch nicht zur Ulceration der Knoten gekommen ist, ferner den Nachweis der Organismen im Gewebssaft der Knoten, Reinculturen auf festem Nährboden, und Impfresultate, welche wirkliche Boutons ergeben.

Ebenso drückt A. Hardy (l. c.) seinen Zweifel aus, ob die durch die Coccenimpfung Duclaux' hervorgebrachten path. Erscheinungen mit den Charakteren der Boutons verglichen werden können.



der Excision in absoluten Alkohol gebracht worden war, womit eine zufällige oder spätere Einbringung der Mikroben ausgeschlossen erscheint.

Der Umstand, dass ich hierzulande wohl kaum mehr Gelegenheit haben werde, frisches Materiale in die Hände zu bekommen, hat mich veranlasst, diesen Befund, trotzdem er zu keinen weiteren Schlüssen berechtigt, als solchen mitzutheilen, um wenigstens den Aerzten in dem weiten Verbreitungsgebiete der Orientbeule Gelegenheit zur Controle zu geben, eventuell weitere Forschungen in dieser Richtung anzuregen.



# Ueber das Verhältniss des Erysipelas zur Syphilis.[1]

Von

**Dr. Schuster** in Aachen.

---

Bekanntlich schliesst die Syphilis das Befallenwerden von den acuten Infectionskrankheiten nicht aus. Es hat nun die Beobachtung ergeben, dass unter dem Einflusse dieser Krankheiten die Erscheinungen der Syphilis, namentlich in deren erster Phase, verschwinden können, dass dieselben aber nach dem Ablauf der acuten Infectionskrankheit wieder auftreten. Nur einer acuten Infectionskrankheit, dem Erysipelas nämlich, hat man in den letzten fünfzehn Jahren eine Ausnahmestellung, eine gewissermassen heilende Wirkung auf den Syphilisprocess zuschreiben wollen.

Mauriac sah unter der Einwirkung des Erysipelas Sklerosen im Verlaufe einer Woche, aber auch Schleimhautsyphiliden, breite Condylome, Impetigo, in ausserordentlich kurzer Zeit schwinden, (Archiv für Dermat. u. Syph. 1873) und zwar nicht allein an den Stellen, wo sich das Erysipelas localisirt hatte. Nur bei cachektischen Luesformen blieb dieser günstige Einfluss aus, ja führte öfters den Tod herbei.

Im Jahre 1876 veröffentlichte Deahna aus der Freiburger Klinik in demselben Archiv einen Fall, bei dem durch zweimaliges Befallenwerden von Erysipelas der syphilitische Process zur Heilung gekommen sei. Das erste Mal verschwanden zwar die Haut- und Schleimhautsyphiliden, kehrten aber nach Verlauf des Ery-

---

[1]) Nach einem Vortrage, gehalten auf der Naturforscher-Versammlung in Berlin.





sipels in allerdings milderer Form zurück. Das zweite nicht lange darauf folgende Erysipel brachte auch diese Erscheinungen zur Heilung und zwar nicht allein an den vom Erysipel befallenen, sondern auch an den entfernt gelegenen Stellen.

Van der Hoeven erwähnt der Heilung serpiginöser bis dahin jeder Behandlung hartnäckig widerstandener Geschwüre durch das Auftreten eines heftigen spontanen Erysipels. (Centralbl. für Chir. 1885.)

Aus der Prager dermatologischen Klinik theilt Strack Fälle von gummöser Lues mit, bei denen sich intercurrirendes Erysipel von ausserordentlich günstigem Einflusse auf die Rückbildung der Gummata gestaltete. Prof. Pick erwähnt dazu, dass die Gummata nur im Verbreitungsbezirke des Erysipelas, hier im Gesichte und am Kopfe schwanden, dass dagegen die Gummata am Scrotum unverändert blieben.

Nach diesen Fällen könnte es scheinen, als ob dem Erysipelas eine specifisch heilende Wirkung auf Syphilisproducte innewohne. Da man nun den Erysipelas erzeugenden Coccus kennt und züchten kann, so könnte wohl die Frage auftauchen, ob man nicht durch Abschwächung der Infectionskraft des Erysipelascoccus ein geeignetes Heilmittel gegen das Syphiliscontagium erhalten dürfte.

Nun sind aber auch Fälle beobachtet, in denen Lupus und nichtsyphilitische Tumoren im Verlaufe eines Erysipelas verschwunden sind. Das muss Zweifel an der specifischen Wirkung der Erysipelascoccen auf die Syphiliselemente erwecken. Bei solchen Tumoren ist aber der günstigen Beeinflussung gegenüber auch schon lethaler Ausgang in Folge von Erysipelas erfolgt, ähnlich wie Mauriac solchen bei cachectischen Luesformen erwähnt. So impften Janicke und Neisser einer Carcinösen Erysipelascoccen ein; dieselbe starb in Folge des durch die Impfung entstandenen Erysipelasprocesses.

Die drei von mir bei Syphilitischen beobachteten Erysipelasfälle sind auch durchaus nicht geeignet, einer specifischen Einwirkung des Erysipels auf die Syphilis das Wort zu reden.

Der erste vor acht Jahren behandelte Fall betrifft eine zart constituirte Dame, welche an Syphilis der Nasenhöhlentheile litt. Von einer kleinen Wunde am häutigen Rande der Nasenöffnung



ging das Erysipel aus, verbreitete sich rasch über Gesicht, Kopf und Hals, machte subcutane Suppurationen in seinem Verbreitungsbezirke, aber auch metastatische Abscesse an den entferntesten Körperstellen, es entwickelten sich Infiltrate in den Lungen; die Kranke ging nach eilfwöchentlichem Krankheitsverlaufe zu Grunde.

Der zweite Fall betrifft einen kräftig gebauten Herrn, den ich das Jahr vorher von syphilitischer Epilepsie geheilt hatte. Er sollte jetzt zur möglichsten Sicherstellung seiner Heilung eine specifische Cur wiederholen. Aber bereits am zweiten Tage nach seiner Ankunft entwickelte sich von einer am rechten Nasenflügel befindlichen Excoriation ausgehend ein Erysipel, das unter den heftigsten Fiebererscheinungen sich über Gesicht und behaarten Kopf ausbreitete. Die Stauung im Gesichte und Kopfe war so gross, dass mit dem am 11. Krankheitstage plötzlich eingetretenen tiefen Temperaturabfalle sich Delirien heftigster Art entwickelten, die endlich am vierten Tage durch wiederholte Morphiuminjectionen zur Heilung kamen. Zwei Jahre darauf behandelte ich denselben von nervösen Symptomen oder intellectuellen Störungen freien Patienten wegen multipler, grosser serpiginöser Geschwüre.

Der dritte von mir zu erwähnende Fall ist wegen des Verhaltens des Erysipels zu der bestehenden localisirten Syphilis besonders bemerkenswerth, weil er das jahrelange friedliche Zusammenbestehen von Erysipelas und Syphilis darthut.

Im Jahre 1884 wurde mir ein 52 Jahre alter kräftig gebauter Kranker zugeschickt, der schon seit neun Jahren und in den letzten Jahren in gar häufig sich wiederholender Weise von Gesichtserysipel befallen wurde, angeblich ohne besondere auffindbare Ursache. Der Krankenbericht besagte, dass in den früheren Anfällen oft Delirien vorhanden waren, dass der letzte Anfall sich durch 15tägige Dauer auszeichnete, zuerst die Nase, dann die Backen, Augenlider, Ohren, Stirne, Nacken und einen kleinen Theil des behaarten Kopfes befallen habe. Dieser vor Kurzem stattgefundene Anfall habe eine grosse Schwäche und moralische Depression bei dem Kranken hinterlassen. Einige Tage nach seiner Ankunft wurde er wieder von einem unter sehr hohem Fieber einhergehenden Gesichtserysipel befallen. Dasselbe ergriff hauptsächlich die ganze Nase und die Wangen. Es dauerte fünf Tage. Da ein jedes Erysipel in seinem ersten Verbreitungsbezirke eine wunde Stelle als





Eingangspforte auffinden lässt, im Gesichte aber keine Excoriation aufzufinden war, so untersuchte ich die Nasenhöhlen. Hier fehlte nun das knöcherne Septum, und die Wände der Nasenhöhle waren ausgekleidet mit trockenen, gelben, dünnen Borken, nach deren Ablösung sich oberflächliche wunde Stellen zeigten.

Auf meine nun sofort gestellte Frage, wann die syphilitische Infection erfolgt sei, antwortete der im Uebrigen nicht syphilisverdächtige Kranke, die sei 1855 in Rom geschehen, wo er auch geheilt worden sei. Er habe bald geheiratet und sei jetzt Grossvater. Es wurde nun eine fünfwöchentliche allgemeine Mercurbehandlung unter gleichzeitiger örtlicher desinficirender Behandlung der Nasenhöhle vorgenommen. Seitdem ist der Kranke vom Erysipel vollständig befreit geblieben.

Hier war demnach das Erysipel auf syphilitischem Boden vortrefflich conservirt und gediehen, oder es fanden vielmehr die eingeathmeten Erysipelcoccen hier immer wieder eine günstige Aufnahme; mit deren Heilung hatten sie ihre Existenzbedingungen verloren.

Diese Fälle haben mich gelehrt, dass man das mit hohem Fieber einhergehende Erysipel als eine ernste Complication der Syphilis anzusehen habe, gerade so wie jede andere acute Infectionskrankheit. Es kann, wie diese, ein Verschwinden syphilitischer Symptome bedingen, die aber früher oder später wieder auftreten können.

Hier muss ich der von Petrowsky (Diese Vierteljahresschrift 1882) veröffentlichten Fälle Erwähnung thun, wo sowohl nach Erysipelas, als auch nach Variola und Abdominaltyphus multiple Syphilissymptome schwanden, ohne wiederzukehren.

Ich selbst behandelte einen an sogenannter Psoriasis palmarum leidenden Syphilitischen, als er von Abdominaltyphus befallen wurde. Die Papeln der Handfläche verschwanden; er blieb die folgenden vier Jahre, zu welcher Zeit ich ihn wiederzusehen Gelegenheit hatte, vollkommen frei von syphilisverdächtigen Zeichen.

Es ist demnach nicht sowohl etwas dem Erysipel eigenthümlich Specifisches, als wie vielmehr, da wir ähnliche Wirkungen bei allen acuten zur Syphilis sich gesellenden fieberhaften Infectionskrankheiten auftreten sehen, ein allen diesen mit hohen Fiebertemperaturen einhergehenden Krankheiten Gemeinsames,



das reducirend auf die Syphilisproducte wirkt. Da ihnen allen eine hohe Temperatur, auch des Morgens zukommt, so könnte man namentlich mit Rücksicht darauf, dass beim Erysipel die hohe Fieberwärme continuirlich ist, daran denken, dass diese continuirliche Fiebertemperatur verderblich für das Syphiliscontagium werden und so günstig auf die Beseitigung seiner Producte wirken könne. Demgegenüber aber muss erwähnt werden, dass die Syphilis an sich manchmal sehr hohe Abendtemperaturen bedingt, ohne dass sie darum abgeschwächt würde. Der angeführten Thatsache der abschwächenden Wirkung seitens der Infectionskrankheiten gegenüber sind wir demnach zur Erklärung bis jetzt auf Muthmassungen angewiesen.

Betreffs der Behandlung des Erysipels bei Syphilis erlaube ich mir die Bemerkung, dass ich in diesem Jahre bei einem Cachektischen an gummöser und ulceröser Rectalsyphilis Leidenden, bei dem das Gesichtserysipel sich von der Wange bereits nach der Nase hin ausbreitete, durch Bepinselung der erysipelatösen Stelle und ihrer Umgebung mittelst einer 3procentigen Carbolcollodiumlösung zum raschen Stillstand gebracht habe.

Herr Lindén aus Helsingfors empfiehlt im Archiv für Chirurgie gegen Erysipelas subcutane Injectionen aus Alkohol und Aqua zu gleichen Theilen und zwar eine bis drei Spritzen voll.



# Zur statistischen, beziehungsweise zur Sammelforschung über die Pathologie und Therapie der Syphilis.

Von

Professor **H. Köbner** in Berlin.

---

Wenn wir die statistischen Publicationen und die darauf begründeten Schlussfolgerungen über Syphilis und namentlich über den Heilwerth der verschiedenen antisyphilitischen Arzneimittel und Applicationsmethoden aus der neueren Zeit überblicken, leuchtet es jedem Sachkundigen ein, dass abgesehen von der meistens viel zu kurzen Beobachtungsdauer, welche von der Hospital- und poliklinischen Statistik syphilitischer Kranker fast unzertrennlich ist, es nicht sowohl an grossen Zahlen über die Behandlungsergebnisse derselben fehlt, als an qualitativ genügend brauchbarem Material. Die Mehrzahl der Publicationen betrifft nur die in irgend einer Anstalt innerhalb eines bestimmten Zeitraumes vorgekommenen Formen und Perioden der Krankheit nach ihrer Frequenz, ihrer Beeinflussung durch diese und jene Therapie hinsichtlich ihrer Schnelligkeit und Recidive u. dergl., trägt aber den für die grosse Verschiedenheit auch des natürlichen Verlaufes der Syphilis überaus massgebenden, in der Individualität der einzelnen Kranken begründeten Momenten keine Rechnung. Bei jedem einzelnen Beobachter vermochte sich so durch empirische Totaleindrücke über den Heilwerth der verschiedenen Methoden und die sonstigen Fragen der Syphilistherapie, z. B. über ihren Beginn, ihre Dauer etc., nach Jahren eine subjective



Ueberzeugung zu bilden; dass aber eine **objective** nicht erzielt wurde, lehren die unter recht erfahrenen Fachgenossen bei jeder Gelegenheit sich äussernden Meinungsdifferenzen.

Es würde sich nun darum handeln, ein möglichst gleichmässiges, zunächst überall nach denselben Gesichtspunkten untersuchtes, also untereinander vergleichbares Material zu beschaffen, welches auch so allseitig untersucht würde, dass einmal wenigstens die greifbaren individuellen Factoren, wie Constitution und Körpergewicht, frühere oder noch bestehende anderweitige Krankheiten u. dergl. **methodisch** bei jedem Falle registrirt würden, andererseits die Aufzeichnung sämmtlicher Organbefunde sowie etwaiger früherer Infectionen sowohl die pathologische Dignität jedes Krankheitsfalles vom therapeutischen Standpunkt aus überblicken liesse, als für die verschiedensten, sei es actuellen oder künftig auftauchenden Fragen der Pathologie der Syphilis ein jederzeit brauchbares Material liefern würde.

Von diesen Erwägungen geleitet, erlaubte ich mir auf der diesjährigen Naturforscher-Versammlung in Berlin der Section für Dermatologie und Syphilis ein Schema vorzulegen, welches ich seit 1864, also lange bevor ich die Breslauer Universitätsklinik ins Leben rief, für meine dortigen privaten und poliklinischen Syphiliskranken angelegt habe und auch in meiner Berliner Poliklinik benütze. Dasselbe bildet zunächst eine **Erinnerungstafel für die beim klinischen Studium der Syphilis und ihrer Behandlungsmethoden auszufüllenden Gesichtspunkte**, an welche theils aus äusseren Gründen, z. B. unter dem Andrange eines grossen Materials oft genug vergessen oder welchen von Vielen nur durch sehr summarische Notizen, wie: „Anamnese, Status praesens, Therapie" Rechnung getragen wird. Jeder praktische Arzt und vollends jeder Specialist oder Kliniker kann dasselbe zunächst für sich benützen und kann ferner dazu mithelfen, das durch Verschwinden eines mehr oder weniger grossen Procentsatzes der Kranken aus der Beobachtung jedes Einzelnen oder jeder einzelnen Anstalt sehr verkleinerte conclusionsfähige Material durch Addition homogenerer Grundlagen zu einem mit den Jahren grossen und wegen seiner sorgfältigen Untersuchung bleibend brauchbaren zu machen. In diesem Sinne beantragte ich eine

Sammelforschung, bei welcher das für viele, nur durch Massenbeobachtungen zu erledigende Fragen aus der Pathologie und Therapie der Syphilis zu Grunde zu legende, aber qualitativ geläuterte statistische Material der Krankenhäuser und Polikliniken ergänzt und durch die Möglichkeit langjähriger fortlaufender Beobachtung der Syphilitischen und ihrer Familien, namentlich bezüglich der Recidive besser gestützt würde durch die Mitarbeit der Familienärzte. Zunächst würde es sich darum handeln, sich über die allgemeine Brauchbarkeit oder Abänderungen des vorgeschlagenen oder eines ähnlichen Schemas zu verständigen, ohne vorerst schon über etwaige einheitliche Grundsätze für die Therapie der primären und der constitutionellen Syphilis selbst, welche für die nächsten Jahre gewissermassen bindend sein sollten, in eine Discussion einzutreten. Zu ersterem Zwecke schlug ich die Wahl einer Commission vor, welche über ihre, allen Aerzten zu empfehlenden Berathungsergebnisse unserer Section auf dem nächstjährigen Congresse zu Wiesbaden Bericht erstatten möchte.

Mein Schema, dessen Rubriken keiner besonderen Erläuterungen bedürfen, ausser dass in den auf die Therapie bezüglichen auch stets die Quantitäten und die Dauer jeder Medication anzugeben sind, und in welches jedes Recidiv wieder eingetragen wird, lautet, wie folgt. (Siehe I. Tabelle, pag. 834, 835.)

Nachdem es bei der äussersten Kürze der Zeit unserer Sitzungen, deren letzte unmittelbar nach Einbringung meines Antrages geschlossen wurde, nur noch möglich war, denselben im Allgemeinen zu motiviren, um überhaupt erst eine Sammelarbeit anzubahnen, möchte ich nach erfolgter principieller Zustimmung seitens der Section und Ernennung einer Commission noch eine, schon in meinen „klinischen und experimentellen Mittheilungen aus der Dermatologie und Syphilis 1864" mit Beobachtungen ausgefüllte Specialtabelle, deren Entwurf im Wesentlichen von Wilhelm Boeck herstammt, unterbreiten, welche den Einfluss der Syphilis der Eltern und deren Behandlung auf ihre ganze Generation im weitesten Sinne zu überblicken bestimmt ist. (Siehe II. Tabelle, pag. 834, 835.)



# I. '

| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10²) | 11 | 12 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Datum d. Aufnahme u. der ferneren Notizen | Frühere Infectionen¹) | | | | Sonstige frühere Krankheiten | Zeitpunkt derselben | Jetzige Infection | | | | | Hau | |
| | a) locale | b) allgemeine | Zeitpunkt derselben | Behandelt womit? | | | Approximativ. Tag d. jetzig. Infection | Form und Sitz des diesmaligen Primäraffects | Bisherige Behandlung | Name, Alter, Stand, Nr. des Kranken | Körpergewicht und Constitution des Kranken | a) Syphiliden | b) Nägel, Haare |
| | | | | | | | | | | | | | |

¹) Für hereditär Syphilitische wird in Columne 2—4 substi
a) des Vaters, b) der Mutter. Die Columnen 7—9 bleiben leer. In Col. 18 w

²) Diese Anordnung bezweckt, dass bei constitutionell Syphilitische
Verlauf incl. der Recidive zu überblicken ist. Für Fälle mit primärer Sy
Status praesens nöthigen Angaben.

## II. Tabelle. **Descendenz syphilitischer El**

**a) M**

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | Kinder, | |
| Journal-Nr. der Mutter. | Schwanger in welchen Lebensjahren? | Behandelt an Syphilis in welchen Lebensjahren? | Vater gleichfalls syphilitisch? | Vor der Behandlung geborene Kinder.³) | Die Mutter wurde behandelt mit: | Kinder, geboren während der Behandlung: | Syphilitische Kinder. | |
| | | | | | | | | |

b) Mutter nie manifest syphil

| | | | | | | | Gezeug | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Journal-Nr. des Vaters. | Alter des Vaters zur Zeit der Zeugung der Kinder. | Vater behandelt an Syphilis im Alter von: | | Vor der Behandlung erzeugte Kinder.³) | Vater behandelt mit: | Gezeugt während der Behandlung: | | |
| | | | | | | | | |

³) Abweichend von Boeck führe ich in dieser Rubrik auch die vor der Syphilis ub
burten existiren oder besonders kränkliche Kinder sein können, welche bezüglich der na

⁴) Einschliesslich der Sectionen.



# …elle.

| 14 | | | | 15 | | | | | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Lymphdrüsen | | | | Drüsige Organe | | | | | | | | | | | | |
| Inguinal | Cervical u. Occipital | Cubital | Axillar u. Pectoral | Leber | Milz | Nieren (Harn) | Hoden | Nebenhoden | Respirationsorgane, (Larynx, Bronchien, Lungen) | Circulationsorgane | Verdauung | Knochen, Sehnen, Gelenke, Muskeln | Nervensystem | Augen, Gehör | Therapie | Bemerkungen |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

…ection der Eltern und in Col. 2: Frühere und jetzige Symptome: …hne", in 19 „Schädel, Epiphysen und Rippen" notirt.
…lte Nr. 10 die Anamnese, von da an der Status praesens und der spätere …assen nur die drei letzten Spalten vor Nr. 10 und eventuell Nr. 14 die zum

## … Rücksicht auf deren Behandlung.

…hilitisch.

| 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| …der Behandlung und wie lange nachher? | | | | | Krankheiten der Kinder in einer späteren Zeit. | Bemerkungen.[4]) |
| …gefaulte Kinder. | Todtgeborene Kinder. | Kinder, kurz nach der Geburt gestorben. | Gestorben an: | Gesunde Kinder. | | |
| | | | | | | |
| …der Vater syphilitisch. | | | | | | |
| …Behandlung und wie lange nachher? | | | | | " | " |
| " | " | " | " | " | | |
| | | | | | | |

…storbenen Kinder in Parenthese auf, da ja auch unter den vor der Infection Gezeugten Fehlge-…ction geborenen in Betracht gezogen werden müssen.

# Bericht über die Leistungen

auf dem

# Gebiete der Dermatologie und Syphilis.

---





I.

# Bericht über die Leistungen auf dem Gebiete der Vaccinationslehre.

---

Die Redaction der Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis beabsichtigt fortan fortlaufende Berichte über die Arbeiten auf dem Gebiete der Vaccinationslehre zu bringen und hat die Abfassung, resp. Zusammenstellung derselben dem Unterzeichneten übertragen.

Bei der fehlenden Centralisirung der auf diesem wichtigen Gebiete gelieferten Publicationen leuchtet der Werth einer zusammenhängenden Berichterstattung ohne Weiteres ein, zugleich aber auch die Schwierigkeit einer solchen, wenn sie die zerstreuten Originale möglichst vollständig, und in nicht zu langsamer Folge berücksichtigen soll. Es kann das nur gelingen, wenn die Verfasser einschlägiger Arbeiten dieselben dem Unterzeichneten direct oder durch die Redaction der Vierteljahresschrift (Prof. Pick) möglichst bald nach der Veröffentlichung zustellen.

Der Unterzeichnete bittet, die Berichterstattung auf diese Weise im Interesse der Sache fördern zu wollen.

Die Form der Berichte anlangend, so werden dieselben in möglichster Knappheit ein klares Bild der betreffenden Arbeit zu geben und, wo es angezeigt scheint, durch literarische Hinweise dem Verständniss derselben zu dienen versuchen.

**Dr. M. B. Freund,**
Docent an der Universität Breslau.

## Bacteriologisches betreffend die Impflymphe.

**Voigt** Leonhardt. Untersuchungen über die Wirkung der Vaccinemikrococcen. — Deutsche med. Wochenschrift 1885, 52.

Voigt hat sich der schwierigen, bisher trotz mancher Versuche nicht geglückten Aufgabe unterzogen, das Lymphecontagium in Rein-



cultur darzustellen, „gewissermassen im Anschlusse an die Vaccinecultur und Impfversuche“ Koch's und Feiler's, und es ist ihm dies bis zu einem gewissen Grade gelungen.

Ehe wir jedoch Voigt's Versuche wiedergeben, seien die Koch-Feiler's[1]), auf die Voigt nicht näher eingeht, zum Vergleich kurz citirt: „mit den nöthigen Cautelen, unter möglichstem Abschluss der Luft“ vom Kinderarme entnommene Lymphe ist „arm an Körperbestandtheilen, namentlich auch an denjenigen Körnchen, welche pflanzlicher Natur sind; sie ist beim Verimpfen auf Kinder sehr wirksam, nicht in gleichem Maasse auf Nährsubstanzen (auf Glasplatten, wie in Reagenzgläsern). Die ohne Cautelen vom Arme des Kindes oder aus dem fertiggestellten Uhrglase in Röhrchen aufgenommene Lymphe, welche also auch kurze Zeit der Luft ausgesetzt war, gibt verimpft beim Kinde, wie im Apparate dieselben guten Resultate und enthält viele Mikrococcen. Am reichlichsten damit versehen ist die Lymphe aus sehr vorgeschrittenen Pocken; mit ihr erzielt man ausgezeichnete Culturen, aber keine schönen und klaren Schutzpocken, meist überstürzten Verlaufes und zu starker Reaction.“ — „Es stellte sich allmälig heraus, dass auf den Culturen sich zwei (möglicherweise auch drei) durch Grösse, Form, Gruppirung und Farbstoffaufnahme sich unterscheidende Pilzarten entwickeln.“ Dieselben in vielen Generationen weiter gezüchtet erzeugen nach kurzer Zeit auf dem Kalbe weiterimpfbare Pusteln mit schnellem Verlaufe; auch auf dem Menschen entstanden nach Verimpfung sowohl der grösseren, wie der kleineren Coccen schon am zweiten Tage Pusteln, aber „ohne Nabel und Knotenform, flach und mit geringem Halo, nach zweimal 24 Stunden abtrocknend und am sechsten Tage den Schorf abstossend, der keine Narbe hinterliess“. Als Resultat nahmen Koch-Feiler an, dass die gefundenen Coccen zwar ein offensives Agens darstellen, aber nicht das Impfcontagium: sie erzeugen keine charakteristische Pocke und keine Immunität.

Die nach Koch-Feiler bekannt gewordenen Untersuchungen des Lymphcontagiums und Impfversuche mit demselben von Quist

[1]) Versuche über die beste Methode der Gewinnung und über die Wirksamkeit der animalen Lymphe. Gen.-Bericht über d. Medicin- u. Sanitätswesen d. Stadt Berlin im Jahre 1881. Erstattet von Dr. A. Wernich. Berlin 1883. S. 172. — Auch Deutsche med. Wochenschr. 1883, 34.



und Bareggi hält Voigt mit Recht darum nicht für massgebend, weil beide nachweislich nicht mit Reinculturen gearbeitet haben.[1]) Bemerkenswerth ist nur, dass auch Bareggi grössere und kleinere Coccen in der Lymphe (auch der Variola vera) fand, dass er die kleineren für die Träger des Contagiums hält und dass sie die Nährgelatine verflüssigen.

Die Untersuchungen Voigt's nun, die „nach der Methode des Reichsgesundheits-Amtes und mit der dort üblichen Nährgelatine bei Zimmertemperatur“ vorgenommen wurden, ergaben auf den theils mit humanisirter, theils mit animaler Lymphe beschickten Gelatineglasplatten ausser mancherlei mehr oder weniger zufälligen Beimischungen, drei zwar nicht mikroskopisch, aber durch ihre Cultureigenheiten zu unterscheidende Coccenarten. Zwei derselben sind kleiner, die dritte gross, letztere und eine kleine Art verflüssigen die Gelatine, die andere kleine Art nicht, sie hält sich immer auf der Oberfläche der Nährgelatine.

Auch die Form und Farbe der drei Culturen sind verschieden. Die grossen Coccen „fanden sich nicht constant, können also wohl nicht Träger der Vaccine sein“. Die verflüssigenden kleinen waren bei zwei Kälbern (Nr. 1 und 3) wirkungslos, auf humanem Blutserum gezüchtet erzeugten sie jedoch bei einem Kalbe (Nr. 13) auf zwei (von vier) Impfstellen gelbe Knoten, welche am siebenten Tage deutlich hervorragten, am neunten Tage noch grösser, dunkler wurden, nachher mit Borken bedeckt einsanken und das Thier, wie die Controllimpfung zeigte, immun machten. Bei einem weiteren Kalbe (Nr. 14) gab dieselbe, aber zwei Monate alt gewordene Blutserumcultur nur ganz abortive Produkte und eine Controllvaccination von circa 90 Schnitten gab nur einige gute Pusteln.

Ganz anders aber war das Resultat der Einimpfung der kleinen, die Gelatine nicht verflüssigenden Coccen.

Von einer vier Wochen alten Reincultur derselben aus Hamburger animaler Vaccine wurde „ein Pröbchen mit wenigem Wasser gemischt“ auf ein Kalb (Nr. 2) „hinten innen am rechten Gluteus“ auf Schnittchen aufgetragen. Nach 5 $\times$ 24 Stunden sind die Impf-

[1]) Ueber Quist's „Die künstliche Züchtung des Kuhpockenstoffs“, s. Gaffky's Kritik in der Deutschen med. Wochenschr. 1884, 35.

stellen selten unsichtbar, aber in ihrer Nachbarschaft sitzen auf den rasirten Stellen acht kleine Knötchen, mit, wie es scheint, eitrigem Inhalt, die in den nächsten Tagen noch bis zu 1 Ctm. Durchmesser wachsen und nach 15 × 24 Stunden mit dunklen Borken bedeckt sind. Eine Controllimpfung des Kalbes mit kräftiger Lymphe war resultatlos. „Die Reincultur wirkte also positiv.“ Somit war der Kreis von animaler Vaccine durch Reincultur zur Immunität das erste Mal geschlossen. Allerdings war letztere nicht durch eine pustulöse, sondern eine papulöse Efflorescenz, die auch nicht auf den Impfstellen selbst entstanden war, erzeugt.

Von dem feuchten Inhalt dieser beim Kalbe 2 entstandenen Knötchen wurde am fünften Tage nach Entfernung der Epidermisdecke „eine Probe“ mittelst Platindraht zu einer neuen Reincultur entnommen. Es entstehen zunächst aus dem Saft wieder die oben erwähnten drei Coccenarten; sie wurden isolirt und die kleineren, die Gelatine nicht verflüssigenden Coccen wurden als fünf Wochen alte Reincultur einem Kalbe (Nr. 4) „mit sechs Schnittchen hinten am Damm“ eingeimpft. Wieder entstehen nicht aus den Impfstellen, sondern in deren Nachbarschaft — nach neunmal 24 Stunden — drei einzelne Knötchen und das Kalb erweist sich bei der Controllimpfung mit notorisch kräftiger Retrovaccine auf circa 70 Schnitten als immun. Somit war der Kreis von animaler Vaccine durch Reincultur zur Immunität zum zweiten Male geschlossen und zwar war ausser der wieder durch Knötchen in der Nachbarschaft erzeugten Immunität noch die Herkunft des zur Reincultur verwendeten Stoffes auch aus knötchenförmigem Exanthem bemerkenswerth.

Nunmehr verimpfte Voigt den Inhalt der Knötchen (des Kalbes 4) selber — also nicht eine aus denselben gezüchtete Reincultur — auf ein Kalb (Nr. 5), das nach 5 × 24 Stunden wiederum in der Nachbarschaft der Lymphschnitte „ein Paar gelbliche Papeln“ bekam; dieselben vergrösserten sich und nach 9 × 24 Stunden ist einer recht gross geworden und es sitzen „an beiden Gluteal-Becken unter der Behaarung beiderseits 15—20 mit Krusten bedeckte feuchte Knoten,“ die noch nach 14×24 Stunden sehr gross und mit trockenen Borken bedeckt sind. Eine Controllimpfung mit ausgesucht kräftiger Vaccine auf circa 80 Schnitten schlug auch bei diesem Thiere vollkommen fehl. Voigt weist hier auf das Ungewöhnliche des knötchenförmigen und vor Allem des secundären Exanthems hin.

Der Inhalt eines der am Kalbe 5 am Gluteus sitzenden Knoten wurde nun auf 10 Impfschnitte eines weiteren Kalbes (Nr. 6) übertragen und nach 5 × 24 Stunden waren alle 10 Schnitte zu saftreichen Vaccinepusteln entstanden, die nach 7 × 24 Stunden — ähnlich den Variolavaccinepusteln erster Generation — noch nicht eitrig waren und nach 10 × 24 Stunden zu sehr ansehnlicher Grösse gediehen grosse Borken trugen. Eine Controllimpfung auch dieses Thieres war erfolglos.

Die aus den fünf Tage alten Pusteln dieses Kalbes 6 auf ein Kalb Nr. 7 übertragene Lymphe erzeugte wiederum „vortreffliche Vaccinepusteln".

Die Lymphe der beiden Kälber 6 und 7 wurde zur Glycerinemulsion verarbeitet in der Hamburger Impfanstalt bis heute [1]) fortgezüchtet und mit vortrefflichem Erfolge für Thier- und Menschenimpfungen verwendet.

Von diesen Impfungen der Kälber 5, 6 und 7 ist hervorzuheben, dass sie nicht mit Reincultur stattfanden; denn die Knötchen, mit deren Saft das Kalb 5 geimpft wurde, enthielten ja (nach Voigt's Untersuchungen der Knötchen des Kalbes 2) alle drei Coccenarten. Höchst wichtig aber ist die Entstehung legitimer Vaccinen aus dem Inhalte der Knötchen.

Bezüglich der Reinculturen ist noch zu erwähnen, dass sie sechs Wochen und darüber alt auf fünf Kälbern (Nr. 8—12) entweder nur abortive oder gar keine örtlichen Produkte und unvollkommene oder auch gar keine Immunität erzeugten.

Wie verhielt sich nun Voigt's Reincultur der kleinen („Vaccine-") Coccen auf Kinder verimpft? Dieselbe fünfzehn Wochen alt blieb bei einem Kinde resultatlos und die eilf Tage später vorgenommene Vaccination schlug gut an. Voigt glaubt, dass eine junge Reincultur Erfolg gehabt hätte, er wagte aber ihre Verimpfung nicht. — Auch zwei Kinder, die mit anfangs für Vaccinecoccen gehaltener, aber dann als aus den grossen Coccen zusammengesetzt befundener Reincultur geimpft wurden, zeigten keinen Erfolg.

[1]) Laut brieflicher Mittheilung vom 2. September 1886 an den Referenten.





Dagegen bekamen drei mit der Lymphe der normalen Vaccinen vom Kalbe 7 geimpfte Kinder legitime Pusteln mit starker Reaction, eines auch vereinzelte Pocken am Körper, von denen einige furunculös wurden — Wirkungen, die ebenfalls, wie der Verlauf der Pusteln am Kalbe, an die der Variola - Vaccine erster Generationen erinnerten. Die Kinder waren gegen eine Controllimpfung immun. Erst die folgenden animalen Generationen wirkten milder und lieferten, wie schon erwähnt, eine noch jetzt in Hamburg gebrauchte Stammlymphe.

Aus diesen interessanten Versuchen Voigt's geht zunächst in Uebereinstimmung aller Untersucher hervor, dass die Mikroorganismen der Lymphe Sphärococcen sind, und in Uebereinstimmung mit den Ergebnissen Koch's und Bareggi's, dass die Lymphe mehrere Coccenarten enthält. Aber während nach Bareggi und Voigt die kleineren Coccen das specifische Agens bilden, sah Koch nach Verimpfung der kleinen wie grossen eine örtliche, freilich nicht charakteristische und nicht immunisirende Pustelbildung. Von Bareggi's Kleincoccen unterschieden sich die Voigt'schen durch die Nichtverflüssigung der Gelatine.

Was aber das Punctum saliens all dieser Untersuchungen anlangt, nämlich: ob denn die Impfversuche thatsächlich mit den aus der Stammlymphe gezüchteten Mikroorganismen (und nicht etwa mit Resten der Stammlymphe selber stattgefunden, woran bei der Wirksamkeit der Vaccine in kleinsten Mengen wohl zu denken), so lässt die Voigt'sche Versuchsanordnung darüber keinen Zweifel, dass ersteres der Fall gewesen, während dies bei Bareggi zweifelhaft ist: nicht, dass die zwei Voigt'schen Culturen bei ihrer Verimpfung auf die Kälber 2 und 4 schon vier resp. fünf Wochen alt waren, ist das Entscheidende, selbst nicht die ganz eigenthümliche Form und der Verlauf der auf den Impfkälbern entstandenen Produkte, sondern, dass jene Plattenculturen vor ihrer Verimpfung — wenigstens im ersten Falle, vom zweiten ist es nicht besonders bemerkt — erst noch auf ein Reagirglas mit Nährgelatine und erst aus diesem auf das Kalb übertragen wurden. Bareggi hingegen hat ganz junge, z. B. siebzehn Stunden bis vier Tage alte Culturen direct auf Kinder verimpft und die doppelte Reinzüchtung unterlassen.



In dieser sicheren Herleitung eines (zunächst allerdings nur für Kälber wirksamen und immunisirenden) Impfstoffes aus der (animalen) Impflymphe liegt der bedeutende Fortschritt der Voigt'schen Untersuchungen.

Eine andere Frage freilich ist es, ob Voigt wirklich, wie er annimmt, mit Reinculturen, d. h. in jedem Falle nur mit einer Coccenart gearbeitet. Das ist zweifelhaft: die mikroskopische Untersuchung, selbst wenn sie jedesmal der Verimpfung vorausgegangen wäre, ist, wie Voigt selbst sagt, nicht maassgebend, aber auch die Culturen können „ganz ähnliche" Colonien bilden und deshalb im Grossen wohl aus nur einer Coccenart zusammengesetzt gewesen sein, aber sehr wohl auch die anderen in geringeren Beimengungen enthalten haben. Für eine solche Annahme sprechen zwei von Voigt mitgetheilte Culturversuche, in denen die Culturen anfangs durchaus denen der kleinen („Vaccine-") Coccen entsprachen und erst später die Charaktere der grossen Coccen annahmen, so dass Voigt selber in beiden Fällen anfangs und noch bei der Verimpfung die specifischen Vaccinecoccen vor sich zu haben glaubte, bis die später eintretende Verflüssigung und eigenthümliche Färbung der beschickten Gelatine ihn eines anderen belehrte.

Durch solche Mischung der verschiedenen Coccenarten lässt sich der positive Erfolg (Knötchenbildung zweier — von vier gesetzten — Impfstellen und Immunität), den Voigt an einem Kalbe (Nr. 13) mit der Cultur der grossen Coccen hatte und der ihn an der specifischen Natur der kleinen („Vaccine-") Coccen selber noch zweifeln lässt, ungezwungen erklären. Damit würde aber allerdings auch der positive Erfolg bei den nach Voigt's Annahme nur mit den kleinen (Vaccine-) Coccen geimpften beiden Kälbern (2 und 4) als ein durch eine Reincultur erzielter zweifelhaft.

Voigt hat darum Recht, wenn er sagt, dass „man noch nicht entscheiden könne, ob zwei Sorten von Coccen die Vaccine bilden können" und dass „es nicht ganz undenkbar ist, dass zur Erzielung guter Vaccinepusteln die Einimpfung einer Mischung mehrerer Coccensorten nöthig ist".

Namentlich bezüglich dieses Nachweises ist „eine vielseitige Wiederholung der Züchtungs- und Impfungsversuche auf geeignetem



Nährboden“ unumgänglich. Dass dieselben auch zur Herstellung einer künstlichen Vaccine führen werden, ist durch die Voigt'schen Resultate sehr wahrscheinlich geworden.

Dieselben sind also kurz zusammengestellt folgende:

1. humanisirte wie animale Lymphe auf Gelatineplatten gebracht bildet drei verschieden aussehende Colonien, die aus mikroskopisch nicht zu differenzirenden Coccen bestehen. Eine Coccenart ist nicht constant. Von den beiden anderen verflüssigen die grösseren die Gelatine, die kleineren („Vaccine-“) Coccen nicht;

2. die kleineren Coccen vier resp. fünf Wochen fortgezüchtet und noch einmal auf Gelatine übertragen erzeugten von letzterer entnommen bei zwei Kälbern Knötchen in der Umgebung der Impfstelle und Immunität;

3. der Inhalt dieser Knötchen erzeugte bei einem Kalbe ebensolche Knötchen wieder in der Umgebung der Impfschnitte und später ein secundäres Exanthem in Knötchenform, auch Immunität;

4. der Inhalt der secundären Knötchen führte bei einem weiteren Kalbe zu normalen Vaccinen, die auf Mensch wie Thier stark — junger Variolavaccine gleich — wirkende Lymphe lieferten, die jetzt noch in der Hamburger Anstalt fortgeimpft wird. Freund.

---

## Pocken- und Impfstatistik.

**Ergebnisse des Impfgeschäftes** im Deutschen Reiche für das Jahr 1882. Zusammengestellt aus den Mittheilungen der einzelnen Bundesregierungen. — Arbeiten aus d. k. Ges.-Amte. I. Bd. Berlin bei Springer 1886. S. 77 ff.

Der Bericht bietet in der übersichtlichen Zusammenstellung so gewaltiger Beobachtungsreihen ein grosses Interesse für den Impfarzt und mehr noch für die Impfgesetzgebung, wir werden bald sehen, nach welcher Richtung.

Wir geben in Folgendem die wichtigsten statistischen Daten:

| | Kinder | |
|---|---|---|
| **Erstimpflich** waren . . . . . . . . . | 1,459.377 | |
| Von diesen waren befreit wegen überstandener Variola . . . . . . . . . . . . | 681 [1] | |
| wegen schon im Vorjahre stattgehabter Impfung . . . . . . . . . . . . . | 120.232 | |
| Mithin blieben impfflichtig . . . . . . . . | 1,338.464 | |
| Von diesen wurden geimpft: mit Erfolg . . | 1,158.696 | = 95·98% |
| ohne Erfolg . . . . . . . . . . . . . | 31.441 | = 2·35% |
| mit unbekanntem Erfolge . . . . . . | 5.773 | |
| Im Ganzen . | 1,195.910 | |

| | Kinder | |
|---|---|---|
| Demnach blieben ungeimpft . . . . . . | 142.507 | = 10·65% |
| und zwar auf Grund ärztlichen Zeugnisses | 99.964 | = 7·47% |
| weil nicht aufzufinden . . . . . . . . . | 8.797 | |
| weil vorschriftswidrig entzogen . . . . | 33.746 | = 2·52% |
| gänzlich befreit . . . . . . . . . . | 47 | |
| Mit humanisirter Lymphe wurden geimpft . | 1,103.462 | = 91·40% |
| „ animaler „ „ „ . | 91.941 | = 7·62% |

(gegen 4·73 Percent im Jahre 1881).

| | Kinder |
|---|---|
| **Wiederimpfpflichtig** waren . . . . . | 1,079.881 |
| Von diesen waren befreit und zwar: | |
| wegen in den letzten fünf Jahren überstandener Variola . . . . . . . . . . | 1.203 [2] |
| wegen in den letzten fünf Jahren erfolgreicher Wiederimpfung . . . . . . | 9.848 |

---

[1]) Diese Zahl war in den letzten Jahren stetig von 443 bis auf 698 gestiegen, in diesem Jahre (82) auf 681 zurückgegangen. Der Reg.-Bez. Oppeln stellte wieder, wie stets bisher das grösste Contingent: 226 = 0·45 Percent.

[2]) Die meisten Fälle dieser Kategorie stellten die Grenzbezirke Posen, Oppeln, Zwickau. S. auch: „Ueber die Bevölkerungsvorgänge in deutschen Städten etc. 1884 von Dr. A. Würzburg. Arbeiten aus d. k. Ges.-Amte. Bd. 1, S. 414. Ref. in Veröffentl. d. k. Ges.-Amtes 1886, 28, S. 419.

| | Kinder | |
|---|---|---|
| Es blieben mithin impfpflichtig . . . . . | 1,068.830 | |
| Von diesen wurden wiedergeimpft: | | |
| mit Erfolg . . . . . . . . . . . . . . | 898.601[1]) | = 88·64%  |
| ohne Erfolg . . . . . . . . . . . . . . | 119.972 | = 11·22% |
| mit unbekanntem Erfolge . . . . . . | 6.147 | |
| Im Ganzen . | 1,024.720 | |
| Ungeimpft blieben: | | |
| auf Grund ärztlicher Zeugnisse . . . . | 15.412 | |
| wegen Aufhörens der Schulpflicht . . . | 8.945 | |
| nicht auffindbar od. zufällig ortsabwesend | 3.948 | |
| vorschriftswidrig entzogen . . . . . . | 15.748 | |
| gänzlich befreit . . . . . . . . . . | 57 | |
| Im Ganzen . | 44.110 | |
| Animal geimpft wurden . . . . . . . . | 66.514 | = 6·49% |

(gegen 3·19 Percent im Jahre 1881).

Von grosser Bedeutung sind die statistischen Nachweise über die laut obigem Bericht im Jahre 1882 in Deutschland vorgekommenen Impfschädigungen. Es waren folgende:

1. von starken Entzündungen der Haut, der Lymphgefässe und Lymphdrüsen, des Unterhautzellgewebes, zum Theil mit Eiterung ereigneten sich 75 Fälle. Von diesen endeten tödtlich 5 Fälle.

Von 13 Orten wird nur summarisch, von „einigen oder mehreren" Erkrankungen der genannten Art berichtet.

2. Verschwärungen der Impfstellen kamen vor 61 Mal; von diesen endeten tödtlich 3, unter diesen zwei diphtheritisch. Einmal ereignete sich Erblindung eines Auges durch Selbstübertragung von Vaccinelymphe aus den Pusteln.

Von zwei Orten wird summarisch von „einigen" Fällen von Ulceration berichtet.

---

[1]) Die Zahl der Erfolge hat von Jahr zu Jahr seit 79 zugenommen. Ich möchte aber bei dieser Gelegenheit es als ein dringendes Erforderniss hinstellen, dass eine Einigung über die Bezeichnung der so verschiedenen Revaccinationsprodukte erzielt und der Impfarzt verpflichtet wird, die im Einzelfalle erzielte Form in den Impflisten anzugeben. Sonst bleibt man über die Grösse des Schutzwerkes der Revaccination im Unklaren.





3. Das Impferysipel trat auf 218 Mal. Von 18 Orten wird summarisch von „einigen" oder „mehreren" oder „in ungewöhnlicher Häufigkeit" auftretenden Fällen berichtet.

Todesfälle an Erysipel ereigneten sich 10 Mal. Es sind Früh- und Späterysipel, die Mehrzahl bei Erstimpflingen notirt.

Stellen wir die einzeln notirten Fälle von Infectionen der Impfstellen zusammen, so beliefen sich:

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| die | der | 1. | Categorie | auf | 75 | Fälle | mit | 5 | tödtlichen | Ausgängen, |
| „ | „ | 2. | „ | „ | 61 | „ | „ | 3 | „ | „ |
| „ | „ | 3. | „ | „ | 218 | „ | „ | 10 | „ | „ |
| die | aller | 3 | Categorien | auf | 354 | Fälle | mit | 18 | tödtlichen | Ausgängen. |

Der Bericht nennt das Gesammtergebniss des Impfgeschäftes im Jahre 1882 ein günstiges. Aber es gilt dies doch blos im Hinblick auf die unmittelbaren Impferfolge (95·98 Percent bei den Erstimpfungen, 88·64 Percent bei den Wiederimpfungen) nicht bezüglich der Impfschädigungen; denn wenn 534 Fälle mit 18 tödtlichen Ausgängen einzeln notirt sind, so können wir ohne Uebertreibung unter Hinzurechnung der nur summarisch und der gar nicht gemeldeten Vorkommnisse mindestens die doppelte Summe von Erkrankungen in Folge der Impfung annehmen. Auch diese Summe von 1000 ja 2000 Fällen wäre auf 2,220.630 Impfungen gewiss eine sehr geringe und sie würde und dürfte an der Zwangsimpfung nichts ändern, selbst wenn ein Wandel nicht möglich wäre; denn sie bedeutet nichts gegen die Verwüstungen an Leben und Gesundheit durch die Pocken. Allein, da eine Verhinderung dieser Impfschäden wenigstens bis zu einem gewissen Grade möglich, so sind auch die Erfahrungen des Jahres 1882 eine neue Mahnung, mit aller Energie ans Werk zu gehen und den einzig zum Ziele führenden Weg allgemein einzuschlagen, den der antiseptischen Impfung, auf den Ref. schon 1879 auf dem 7. deutschen Aerztetag hingewiesen, der aber bis jetzt nur in vereinzelten Versuchen betreten worden ist (s. die Ref. S. 854—857).

Eine zweite Mahnung zu Reformen im Impfwesen sprechen die Zahlen der vor der Erst- und Wiederimpfung pockenkrank gewordenen Kinder, es sind 681, resp. 1203. Wenn, wie nach dem jetzigen Impfgesetz, die Erstimpfung gewöhnlich bis zum 9. Lebensmonat verschoben wird und bis zum 20. verschoben werden kann, so sind



jene Erkrankungen natürlich und können nicht aufhören. Es ist daran die schon oft wiederholte Forderung, die Impfung spätestens nach den ersten drei Lebensmonaten obligatorisch zu machen, gerechtfertigt. Sie ist es auch durch die positiven Erfolge, die mit der Frühimpfung bezüglich der Verminderung, ja man kann nahezu sagen Ausschliessung der Kinderpocken in England erreicht sind (s. S. 847).

Eine solche allgemeine Frühimpfung würde allerdings eine andere Organisation des Impfgeschäftes mit einer bedeutenden Arbeitssteigerung mit sich bringen; denn es wären vier Impfperioden im Jahre einzurichten. Aber dass dies durchführbar, zeigt England. Dazu kommt, dass nach den Versuchen von Gast und Behmer die Frühimpfung einen viel milderen Verlauf zeigt als die spätere.

Schwieriger zu entscheiden und noch nicht spruchreif ist die Frage betreffs der Zurückverlegung der Revaccination auf ein früheres als das jetzt gesetzlich fixirte (12.) Lebensjahr.

Hoffentlich nimmt die bevorstehende Aenderung des Impfgesetzes auf diese beiden fundamentalen Forderungen Rücksicht: auf die Antiseptik der Impfung und die Frühimpfung. In den Entwürfen der 1884er Reichs-Impfcommission ist erstere, wenn auch nur in ihren Elementen enthalten, die Frühimpfung aber nicht vorgeschlagen.

---

Dass ein geordnetes Impfwesen nicht nur die besten unmittelbaren Erfolge erzielt, sondern auch seinen eigentlichen letzten Zweck, den Schutz gegen Pockenansteckung, so weit als eben möglich sichert, lehren die im laufenden Jahre veröffentlichten Pockenstatistiken des Jahres 1885 aus den verschiedenen Ländern mit ihren verschiedenen Impfeinrichtungen: mit deren Ausdehnung, der obligatorischen oder nicht obligatorischen Ausführung und dem Maasse der Gewissenhaftigkeit der Volksimpfung steigt und fällt überall die Zahl der Pockenerkrankungen und Sterbefälle.

**Uebersicht über die Erkrankungen und Todesfälle** an den Pocken in Bayern während des Jahres 1885. Amtsbl. Nr. 14 des kgl. bair. Staatsminist. d. Innern. Veröffentl. d. k. Ges.-Amtes 1886, 36, S. 520.

Im ganzen Königreich Bayern:

1. erkrankten an Pocken 142 = 0·26 auf 10.000 Einwohner;
2. starben „ „ 17 = 12·0 der Erkrankten;



3. von den 142 Erkrankten waren 1 Mal geimpft 93 = 65·5 aller Erkrankten;
4. „ „ „ „ „ wieder geimpft 27 = 190 aller Erkrankten;
5. „ „ „ „ „ ungeimpft 22 = 15·5 aller Erkrankten; [1])
6. von den 17 Gestorbenen waren 1 Mal geimpft 8 = 8·6 der 93 Erkrankten unter 3;
7. „ „ „ „ „ wiedergeimpft 2 = 7·4 der 27 Erkrankten unter 4;
8. „ „ „ „ „ ungeimpft 7 = 31·8 der 22 Erkrankten unter 5.

Wie stets zeigen auch diese Zahlen aus Bayern, dass die Erstimpfung durchaus unzulänglich ist und dass der Hauptwerth der Vaccination in dem Schutze gegen den Pockentod (und — was aus obiger Uebersicht nicht zu entnehmen — auch gegen Schwererkrankung) liegt.

---

**Pockenstatistik in England** pro 1884, sowie Impfergebnisse in England pro 1882. Nach dem Fourteenth Annual Report of the Local Governm. Board, Rep. of the Med. Officer for 1884. Veröffentl. d. k. Ges.-Amtes. 1886, 32. S. 466.

Diese Berichte sind in hohem Grade lehrreich und interessant, ersterer über die Pockenstatistik, weil er die prä- und postvaccinale Periode in grossen Zügen neben einander stellt und letztere wieder je nach den verschiedenen gesetzlichen Impfzuständen in England theilt und betrachtet, letzterer (der über die Impfergebnisse), weil er auf praktisch bedeutungsvolle Missstände in der Ausübung der Impfung hindeutet, die eine allgemeine Geltung haben. Diesem letzteren Berichte ist auch ein wichtiger Anhalt für die oben schon geforderte Frühimpfung zu entnehmen.

Die Hauptdaten aus diesen Berichten sind folgende.

Es sind im Jahre 1884 in London 1251 Pockentodesfälle vorgekommen, d. i. eine Sterblichkeitsquote von 313 per Million Einwohner.

[1]) Für die mit Pocken- und Impfstatistik nicht Vertrauten sei bemerkt, dass in Ländern mit Impfzwang stets die absolute Zahl der nichtgeimpften Erkrankten hinter der der geimpften resp. wiedergeimpften zurücksteht, weil eben der grösste Theil der Bevölkerung durchgeimpft ist.



Die durchschnittliche Pockensterblichkeit der letzten zehn Jahre betrug 240 per Million. Dieselbe war im 17. Jahrhundert 6 Mal, im 18. sogar 8 Mal so gross.

Von den 1251 Pockentodten verhielten sich 1243 bezüglich ihres Alters und Impfzustandes folgendermassen:

| | geimpft | ungeimpft | zweifelhaft |
|---|---|---|---|
| Im Alter von 0— 1 J. starben | 7 | 121 | 3 |
| „ „ „ 1— 5 „ „ | 15 | 123 | 26 |
| „ „ „ 5—10 „ „ | 16 | 72 | 42 |
| „ „ „ 10–15 „ „ | 25 | 39 | 30 |
| „ „ „ 15—20 „ „ | 51 | 36 | 30 |
| „ „ „ 20—30 „ „ | 140 | 56 | 69 |
| „ „ „ 30—40 „ „ | 97 | 37 | 43 |
| „ „ „ 40—50 „ „ | 53 | 22 | 24 |
| „ „ „ 50–60 „ „ | 27 | 6 | 14 |
| „ „ „ über 60 „ „ | 8 | 4 | 7 |

Demnach waren im Jahre 1884 unter je 1000 Pockentodten nur noch circa 240 Kinder unter 5 Jahren und weitere 100 Kinder zwischen 5 und 10 Jahren, während im 17. und 18. Jahrhundert auf 1000 Pockentodte mehr als 800, resp. 150, auch in der ersten Hälfte dieses Jahrhunderts noch 700 Kinder unter 5 Jahren entfielen. Erst seit 1857 — nach Einführung der Zwangsimpfung — ist in England diese Zahl in stetem u. zw. mit der Strenge der Durchführung wachsenden Rückgange, worüber eine Tabelle nähere Nachweise gibt.

Der Bericht hebt sodann hervor, wie häufig die Impfung in durchaus unzulänglicher Weise (z. B. nur mit einem Impfstich) ausgeführt wird und misst namentlich den Privatimpfungen einen minderen Werth bei.

Es wird auf Grund einer Statistik über die Londoner Epidemie von 1881 nachgewiesen, dass die Mortalität nach Privatimpfungen trotzdem diese Kinder gerade der wohlhabenden Bevölkerung angehören und daher in Erkrankungsfällen gewiss bessere Pflege geniessen, sehr wesentlich höher ist, als nach öffentlichen Impfungen.

Endlich zieht der Bericht aus obiger Tabelle „den naheliegenden Schluss, dass auch für England die Einführung einer obligatorischen zweiten Impfung im Pubertätsalter dringend wünschenswerth sei", und



begründet dies im Weiteren durch die vortrefflichen Erfahrungen in der englischen Marine, „wo seit der Einführung der Revaccination (1871) in 11 Jahren bei einer Durchschnittsstärke von ca. 60.000 Mann nur 43 Todesfälle an den Pocken eingetreten seien", von denen nur 6 zwei Mal Geimpfte betrafen.

Das Impfergebniss in England und Wales im Jahre 1882 gibt uns zu interessanten Vergleichen mit dem (oben besprochenen) in Deutschland in demselben Jahre erhaltenen Veranlassung, zumal die Gesammtzahl der in beiden Ländern impfpflichtigen Kinder sich nahe kommt.

In England und Wales betrug diese Zahl 889.082 (in Deutschland 1,459.377).

Von diesen schieden aus:

| | | | |
|---|---|---|---|
| **weil vor der Impfung gepockt** | **45** | **— in Deutschland** | **681** |
| weil nicht impffähig . . . . . | 7.598 | — „ „ | 99.964 |
| weil vor der Impfung gestorben . | 81.498 | — „ „ | ? |

Es blieben im Ganzen ungeimpft 35.423 = 6·6 Percent der Impfpflichtigen (in Deutschland 142.507 = 10·65 Percent der Impfpflichtigen),

Impfsteril (nach dreimaliger Impfung) waren 993 (in Deutschland 31.441 = 2·35 Percent der Geimpften).

Die im deutschen Bericht notirten Nichtauffindbaren, vorschriftswidrig Entzogenen und gänzlich Befreiten fehlen im englischen. Auch die Gesammtzahl der mit humanisirtem und animalem Stoff Geimpften ist in letzterem nicht angegeben.

Aus dieser vergleichenden Zusammenstellung ergibt sich zuerst das höchst wichtige Factum, dass die Zahl der vor der Impfung an Pocken erkrankten Kinder in England unverhältnissmässig geringer ist als in Deutschland. Die Pocken vor der Impfung fallen in England so gut wie ganz aus. Dies wird um so bemerkenswerther, wenn wir hören, dass von den 45 Fällen nur 15 auf London entfallen, wo doch die Ansteckungsgefahr stets eine im höchsten Grade drohende ist.

Dieses statistische Factum ist eine wichtige Demonstratio ad hominem, dass die (in England innerhalb der drei ersten Lebensmonate obligatorische) Frühimpfung thatsächlich von den segensreichsten Folgen begleitet ist, Folgen, die ja dadurch noch an Bedeutung gewinnen, dass mit jedem pockenkranken Kinde ein Herd



der Ansteckung geschaffen, mit der Frühimpfung aber ausgeschlossen wird.

Die bisher mehr aus theoretischem Raisonnement für Deutschland geforderte Frühimpfung gewinnt durch diese englischen Erfahrungen einen festen Boden.

Eine dementsprechende Aenderung des deutschen Impfgesetzes sollte darum ernstlich in Angriff genommen werden.

Interessant ist ferner, aus obiger Zusammenstellung zu ersehen, dass in England viel weniger Kinder aus Krankheitsursachen von der Impfung temporär ausgeschlossen wurden. Von gänzlich Befreiten sagt der Bericht nichts, ebenso wenig von Nichtauffindbaren und von vorschriftswidrig Entzogenen. Die ungeimpft bleibenden betragen daher in England nur 6·6 Percent der Impfpflichtigen, in Deutschland 10·65 Percent.

Sodann ist bemerkenswerth die geringe Zahl der Impfsterilen in England (393 gegen 31.441 in Deutschland). Dieser grosse Unterschied erklärt sich aus der in England geltenden Vorschrift, bei Nichterfolg einer Impfung dieselbe sofort, eventuell noch zwei Mal zu wiederholen. Es ist keine Frage, dass auch diese Regel überall befolgt werden sollte.

Diesen im Ganzen günstigeren englischen Impfergebnissen gegenüber steht aber eine in England verhältnissmässig viel grössere Zahl von Todesfällen „zweifellos die meisten an Erysipel" in Folge der Impfung: 55, worunter 51 unter einem Jahre, gegen 18 in Deutschland. Es wird daher zu erhöhter Sorgfalt beim Impfen und Reinlichkeit der Lanzetten aufgefordert, was freilich noch nicht genügen dürfte.

Bezüglich der Ergebnisse der Wiederimpfung gibt der englische Bericht nur einige Mittheilungen über die Rekrutenrevaccinationen, da ja eine allgemeine obligatorische Wiederimpfung in England fehlt. Es wird über unbefriedigenden Erfolg geklagt und derselbe der Anwendung nur conservirter Lymphe zugeschrieben. Selbst bei erstgeimpften Rekruten gab es 26 Percent Misserfolge und 34 Percent unvollkommene Erfolge, so dass in der Armee nur 40 Percent vollkommen befriedigende Impfresultate bei Erstimpfungen erzielt sind. Soviel personelle Erfolge gaben zum Mindesten allerdings die deutschen Rekrutenrevaccinationen vor Einführung der Jugendwiederimpfung, die ja eben in England fehlt. Hierin liegt denn auch der



Hauptgrund, warum trotz der vorzüglichen Ergebnisse der Kinderimpfungen in England Pockenerkrankungen und Todesfälle immer noch in erheblichem Umfange vorkommen.

---

Das ergibt auch der folgende Bericht, aus dem sich aber zugleich wieder der Schutzwerth der Impfung entnehmen lässt.

**Geburts- und Sterblichkeits-Verhältnisse** in London und anderen englischen Grossstädten im Jahre 1885. Nach dem vom Registrar General veröffentl. Annual summary of births and causes of death in London and other great towns, 1885. Veröffentlichungen des k. Ges.-Amtes 1886 S. 388.

Die Sterblichkeit an Pocken stieg 1885 wie bereits 1884 wesentlich an.

Es starben 1885: 899. Ueber 351 derselben fehlt der Nachweis, ob sie geimpft gewesen oder nicht, 218 waren geimpft, 330 ungeimpft. „Unter der Annahme, dass etwa 5 Percent der Bevölkerung nicht geimpft sind, würden sich demnach die Todesfälle unter der nicht geimpften zu denjenigen unter der geimpften Bevölkerung wie 29 : 1 verhalten."

---

Dass in Ländern, in denen auch nicht einmal die Erstimpfung obligatorisch ist, die Pockengefahr sich in entsprechendem Maasse vergrössert, immer aber die Impfung sich als wesentlich beschränkend erweist, zeigen die beiden folgenden Berichte.

**Die Pocken-Epidemie in Wien** im ersten Halbjahre 1885
und:
**Die Pocken-Epidemie in Wien** im zweiten Halbjahre und im ganzen Jahre 1885. Veröffentl. d. k. D. Gesundheits-Amtes 1886, 8 und 22, S. 108, resp. 327.

Im Jahre 1885 sind in Wien in zwei Vororten bei einer Gesammtbevölkerung von 985.966 Seelen

an Pocken erkrankt 7415 Personen = 7·5 pro Mille der Einwohner;

an Pocken gestorben 2010 Personen = 204 von 100.000 Einwohnern;

von den Erkrankten starben 27·1 Percent.



Aus den nach dem Lebensalter und Impfzustand der Erkrankter und Gestorbenen „auf Grund amtlicher Angaben" zusammengestellter Tabellen heben wir nur die folgenden sprechenden Zahlen hervor:

Unter den 7415 Erkrankten befanden sich:

2708 nur einmal mit Erfolg geimpfte,
4487 Ungeimpfte,
13 mit Erfolg Wiedergeimpfte.

Unter den erkrankten Ungeimpften befanden sich:

| | |
|---|---|
| unter 1 Jahr | 906 |
| zwischen 2—5 Jahren | 1687 |
| „ 6-10 „ | 886 |
| „ 11—15 „ | 517 |
| „ 16-20 „ | 212 |
| „ 21—30 „ | 164 |
| „ 31—40 „ | 61 |
| „ 41—60 „ | 46 |
| „ 61—80 „ | 8 |

Unter den 2010 Gestorbenen befanden sich:

282 Geimpfte,
1676 Ungeimpfte.

Unter den gestorbenen Ungeimpften befanden sich:

| | |
|---|---|
| Unter 1 Jahr | 493 |
| zwischen 2—5 Jahren | 709 |
| „ 6—10 „ | 259 |
| „ 11—15 „ | 106 |
| „ 16—20 „ | 56 |
| „ 21—30 „ | 31 |
| „ 31—40 „ | 12 |
| „ 41—60 „ | 7 |
| „ 61—80 „ | 3 |

Auch in Italien ist die Impfung nur facultativ, nicht einheitlicl geordnet. [1]) Dies spiegelt sich in den Pockenepidemien wieder. Aucl verdient bemerkt zu werden, dass in Italien nach Ministerialver fügung vom 1. August 1876 die animalische Lymphe obligatorisct ist und dass nur auf einem Arm geimpft wird.

*) Veröffentl. des k. Ges.-Amtes, 1885, 15, S. 162.



**Epidemien in Italien.** Veröffentl. d. k. D. Ges.-Amtes, 1886, 10 S. 134, 14 S. 302, 25 S. 372.

In den ersten 9 Monaten 1885 erkrankten in Messina 434 und starben 77 Personen. In den letzten drei Monaten kam es daselbst zu einer schweren Epidemie von „schwarzen Pocken“: eine „kaum den dritten Theil“ der Fälle umfassende Registrirung ergab für die Monate October bis December 689 Erkrankungen und 249 Todesfälle. Auch in der Umgebung der Stadt herrschte die Krankheit. Erst im Februar 1886 sank die tägliche Erkrankungsziffer auf 1—2 Fälle. Die Ausbreitung der Epidemie wurde durch den lebhaften Widerstand der Bevölkerung gegen die Impfung wesentlich gefördert. „Erst als die Epidemie grössere Opfer gefordert hatte, entschlossen sich die Einwohner allmälig, der Impfung, beziehungsweise Wiederimpfung sich zu unterziehen. Von Wiedergeimpften ist amtlichen Berichten zu Folge in Messina und in Reggio Niemand gestorben.“

Auch in Genua und Neapel herrschten die Pocken im Jahre 1885 und von letzterem Orte wird vom dortigen hygienisch-statistischen Amt gemeldet, dass unter 100 Erkrankten 95 gar nicht geimpft seien.

Im Jahre 1886 hat sich die Epidemie über ganz Italien ausgebreitet: es erkrankten im ersten Quartal 8527 Personen und starben 1234. „Auch diesmal sind die Zahlen nicht erschöpfend.“

---

Endlich verdient noch eine für die Bedeutung der Vaccination höchst bedeutsame Thatsache besondere Hervorhebung; es ist die steigende Zunahme der Pocken im Canton Zürich, wo seit 1885 der Impfzwang durch Volksabstimmung abgeschafft worden ist. „Während in den Jahren 1881—1884 der Canton Zürich von Pocken ganz verschont blieb, kamen im ersten Quartal 1885 schon 6, im zweiten und dritten je 14 und im letzten Quartal 38 Pockentodesfälle auf 1000 Todesfälle. Im ersten Quartal 1886 sind sogar 85 Todesfälle an Pocken vorgekommen.“ (D. med. Wochenschr. 1886 Nr. 30, S. 527).

So hat sich die Voraussage R. Koch's (bei Gelegenheit der Discussion über die Petitionen an den deutschen Reichstag betreffend





die Aufhebung des Impfzwanges in Deutschland) nur zu bald bestätigt, dass die Schweiz ein interessantes, aber gefährliches Experiment mache.

Freund.

---

## Zur Technik der Vaccination. (Die Gewinnung, Zubereitung, Conservirung und Verimpfung der Thierlymphe und die Impfmethode überhaupt.)


1. **Schenk.** Zur Conservirung der animalen Lymphe. — Berl. klin. Wochenschr. 1885, 17.
2. **Voigt** L. Beitrag zur Abschaffung der humanisirten und zur alleinigen Verwendung der animalen Impflymphe. — Deutsche med. Wochenschr. 1885, 12.
3. **Voigt** L. Unsere Vaccine. Vortrag im ärztl. Verein zu Hamburg am 10. März 1885. — Deutsche med. Wochenschr. 1885, 17.
4. **Voigt** L. Zur Frage der animalen Impfung. — Deutsche med. Wochenschr. 1886, 19.
5. **Voigt** L. Erfahrungen bei Verimpfung animaler Vaccine in der Form der Glycerin-Emulsion. — Ibid. 1886, 31.
6. **Chalybäus.** Soll man nur auf einen oder auf beide Arme impfen? — Ibid. 1886, 36.
7. **Wesche.** Die animale Impfung im Herzogthume Anhalt. — Deutsche med. Wochenschr. 1885, 21, 22, 23.
8. **Wesche.** Bericht über die Thätigkeit des herzogl. Anhaltischen Central-Impfinstitutes im Jahre 1885. — Allg. med. Central-Ztg. 1886, Nr. 33 und 34.
9. **Bauer** Moriz. Ueber Antiseptik beim Impfen. — Vortrag in der wissenschaftlichen Versammlung des Wiener Doctoren-Collegiums am 9. Februar 1885. — Mittheilungen d. Wr. Doct.-Colleg. XI. Bd. Nr. 6, 7, 8. — Auch Centralbl. f. d. ges. Therapie. 3. Jahrg. 1885. V. Heft.
10. **Freund** M. B. Die animale Vaccination in ihrer technischen Entwicklung und die Antiseptik der Impfung. — Breslau bei E. Morgenstern 1886. (Unter der Presse.)


Schenk (1) empfiehlt zur längeren (nach seiner Erfahrung bis vierwöchentlichen) Conservirung der animalischen Lymphe deren Ana-Vermischung mit einer concentrirten Lösung von Natr. sulph. in Glycerin pur., die er früher schon für die humanisirte Lymphe (in schwächerer Concentration) bewährt gefunden. Die Herstellung einer Lymphepasta aus dem ganzen Pockenboden ist der flüssigen Capillar-Lymphe vorzuziehen. Die Impfung muss auf klaffend erhaltenen Schnittchen bei sorgfältiger Einreibung der Lymphe geschehen. Schenk



hatte so 97 pc. Erfolg bei Erst-, 94 pc. bei Wiederimpfungen. — Glycerin allein hält S. für unsicher. Salicylsäure (nach Pissin) zerstört in wirksamer Menge die Impfkraft der Lymphe. — Bewährt sei das Reissner'sche Pulver.

Die Mittheilungen Voigt's, Wesche's und aus dem Halleschen Provinzial-Impf-Institut (2, 3, 4, 5, 7 u. 8) berichten über die allen anderen Animallymphe-Präparaten vorzuziehende Lymphe-Emulsion, einer mit grösster Genauigkeit hergestellten Verreibung der ganzen Kälberpocke mit gleicher bis fünffacher Menge Glycerin. „Es gehört — sagt Wesche — im Durchschnitt ein Zeitaufwand von fünf Stunden dazu, bis die Pockenmasse von einem Kalbe fertig hergestellt ist, wenn vier bis fünf Personen dabei thätig sind."

Es darf in den mit der Emulsion gefüllten Capillaren keine Scheidung des Glycerins an dem Pockenstoff zu sehen sein. Dieses Emulsions-Präparat liefert auch die grössten Lymphemengen bis zu 2000 Portionen vom Kalbe.

Wesche fand bei seinem Präparat die Impfmethode (ob mit Stich oder Schnitt) gleichgiltig, der Bericht des Provinzial-Impf-Instituts in Halle betont mit besonderem Nachdrucke die Nothwendigkeit einer sorgfältigen (mit Schnitt und Einreibung der Lymphe zu vollführenden) Verimpfung des animalischen Stoffes, für den die gewohnte Art zu impfen nicht ausreicht. Ohne solche Sorgfalt würde ein nicht geringer Bruchtheil der Bevölkerung in Folge zu weniger Pocken nicht genügend gegen Variolainfection geschützt. — Auch in Hamburg wird mit 5 Mm. langen Schnittchen geimpft, wie denn überhaupt diese Methode bei der animalischen Lymphe noch allgemein geübt wird.

Voigt verlangt in seiner Abhandlung unter 5. die Impfung der Kinder nur auf einem Arm, die in Hamburg gesetzlich ist. Er hält die Zweiarmimpfung für „unabsichtlicher Weise inhuman" wegen der dem Impfling und seinen Pflegern daraus entstehenden Beschwerden und der grösseren Gefahr einer Wundinfection. Von den auf einem Arm gesetzten sechs Impfschnittchen gehen in Hamburg reichlich fünf an. Im Jahre 1885 sei bei 12700 Impfungen kein Fall excessiver Entzündungen bei den Erstimpflingen und nur fünf bei zwölfjährigen vorgekommen. Für den Impfschutz hält Voigt die erzielte Pustelzahl für ausreichend.





Chalybäus (6) wendet sich gegen diesen Vorschlag Voigt's. Die Uebelstände der Zweiarmimpfung habe er nicht bestätigt gefunden, wohl aber seien im Interesse eines grösseren und dauernderen Impfschutzes mehr als sechs Pocken zu setzen. Acht auf beide Arme vertheilte Pusteln „stehen aber immer noch in weiterer Entfernung von einander als jene sechs auf einem Arm“ und werden daher geringere Reaction hervorrufen. „Der Infection mit Erysipel wird keinesfalls durch die vertheilte Impfung mehr Zutritt geboten als durch die einseitige.“ Letztere Behauptung ist allerdings nicht berechtigt, sowenig mit Rücksicht auf eine Infection bei der Impfung, als später. Aber das Entscheidende ist die Rücksicht auf die Dauer des Impfschutzes, über dessen Abhängigkeit von der Pustelzahl nach allen dahin gerichteten Untersuchungen (Eulenberg, Wolffberg, die Verhandlungen der 1884er Impf-Commission) kein Zweifel besteht, und zwar haben sich acht bis zehn Pusteln als nothwendig herausgestellt zur Erzielung einer etwa 10jährigen Immunität.

Bauer (9) weist in seinem Vortrage auf das bisher vollständige Ausserachtsetzen einer systematischen Antiseptik bei der Vaccination hin, bezeichnet als Erfordernisse einer solchen eine von Verunreinigungen freie Lymphe (von der aber eine nur den wirksamen Coccus enthaltende Reincultur bis jetzt nicht herzustellen, so dass nur die bekannten antiseptischen Cautelen bei der Abnahme vom Kalbe und bei der Aufbewahrung zu beachten und Antiseptica „in entsprechender Stärke“ zuzusetzen sind), antiseptische Massnahmen bei der Uebertragung der Lymphe auf das Kind (Desinfection des Impfinstrumentes, als welches er einen eigenen Impfspatel empfiehlt, und des kindlichen Armes, auch die Einarmimpfung) und einen Occlusiv-Verband, der bis über die Schulter reicht, und „durch eine vom linken Oberarm über die rechte Schulter führende einfache oder eine über die linke Schulter und unter dem rechten Arme führende Achter-Tour“ befestigt wird. Dieser Verband wird am vierten Tage abgenommen, nach Revision am sechsten Tage (und zwar über eine Zink-Salicyl-Alaun-Pulver- und Häcksel-Lage) zum ersten Male und nach einer zweiten Revision zwischen dem zehnten und zwölften Tage zum zweiten Male erneuert. Dieser dritte Verband verbleibt gewöhnlich bis zum Ende der dritten oder vierten Woche. Bei starker Absonderung kann eine nochmalige Erneuerung nöthig werden. Bei gehöriger

Uebung entschwinde die scheinbare Umständlichkeit des Verfahrens, das den Vortheil habe, „dass die Kinder selbst an den Fiebertagen nicht übermässig unruhig sind, dass der Arzt mit Sicherheit einen guten Verlauf der Impfung in Aussicht stellen kann“ und dass das Publikum sich an der Impfung voraussichtlich immer reger betheiligen wird.

Bauer bezeichnet seine Mittheilungen, die sich auf „einige Versuche“ stützen, als vorläufige und behält sich fernere über weitere Erfahrungen an einem reicheren Beobachtungsmaterial vor.

Nun — so zeitgemäss die neue[1]) von Bauer gegebene Anregung der Impfantiseptik ist, — ich bin der Ansicht, dass alle weiteren Versuche mit seinem Verband-Verfahren füglich unterbleiben können.

Ich habe — wie in der bald zu besprechenden Arbeit näher ausgeführt ist — seit dem Jahre 1879 mit dem Verbande in verschiedener Weise operirt, aber der Ueberzeugung bin ich von vornherein gewesen, dass eine auch nur einmalige Anlegung eines wirklichen Occlusiv-Verbandes, geschweige eine mehrmalige Wiederholung bei demselben Impfling im Grossen, d. h. bei den öffentlichen Impfungen ein Ding der Unmöglichkeit ist: weder die Aerzte, noch das Publikum werden sich der Belästigung unterziehen. Hier ist nicht Uebung, sondern zunächst die einfache Zeitfrage ausschlaggebend. Wie denkt sich denn Bauer insbesondere die Versorgung der Kinder in ländlichen Bezirken? Die Umständlichkeit seines Verfahrens ist nicht — wie er meint — eine scheinbare, sondern eine thatsächliche und sie ist unüberwindbar. Das würde Bauer selbst bald einsehen, wenn er einmal einem öffentlichen Impftermine mit seinen 100—120 Impflingen beiwohnte. Sehen wir aber von der technischen Seite ab, so würde der rite angelegte und bis drei Wochen erhaltene Occlusiv-Verband, der den oberen Theil des Thorax umfasst, den Kindern geradezu gefährliche Folgen bringen.

---

[1]) Bauer ist im Irrthum, wenn er behauptet, dass „in der ganzen Literatur über Variola und Vaccination, selbst der jüngsten Zeit, über eine systematische Antiseptik nichts zu finden ist“ und „dass ein Versuch eines antiseptischen Schutzverbandes beim Impfen bisher nicht gemacht wurde“. Ich verweise ihn auf meinen Vortrag auf dem 7. deutschen Aerztetag (1879): Aerztl. Vereinsblatt Nr. 91. November 1879. S. 224.

In Anbetracht dieser Verhältnisse habe ich leichtere Schutzverbände versucht, bin aber schliesslich zu dem im Folgenden skizzirten viel einfacheren und sichereren Verfahren gekommen.

Freund berichtet in seiner Arbeit (10) über seine in Breslau seit dem Jahre 1878 gemachten Bemühungen ein stehendes und ständig in Betrieb befindliches animales Impfinstitut einzurichten, was aber an der Unmöglichkeit die nöthigen Impfthiere zu beschaffen, scheiterte. Nachdem letztere während zweier Jahre von einer grossen Landwirthschaft allwöchentlich nach der Stadt gebracht worden waren, wurde, da sich dieser Weg als zu umständlich und kostspielig erwies, die Impfung — ähnlich wie in Weimar — auf einem in unmittelbarer Nähe Breslau's gelegenen Landgute vorgenommen und wenn auch in bescheidenem Umfange (acht bis zwölf Thiere während der Sommermonate) bis jetzt fortgeführt. Diese Versuchsstation gestattete ihm aber den allmäligen Fortschritten in der Gewinnung, Präparation, Aufbewahrung und Verimpfung des animalen Impfstoffes selbstprüfend zu folgen. Freund gibt einen Abriss dieser Entwickelung und kommt unter Berücksichtigung der an den verschiedenen Orten erzielten Impferfolge in Uebereinstimmung mit der Mehrzahl der deutschen Anstalten zur Bevorzugung der Lymphemulsion, als der zur Zeit besten Conserve. Als Impfmethode bei den Thieren empfiehlt er die Einzelpockenimpfung anstatt der Flächenimpfung und als Ort der Impfung (statt der bisher allein gebrauchten Bauchfläche) den Rücken der Thiere (über dem hinteren Theil der Hüftkämme zu beiden Seiten der Wirbelsäule). Die auf dem Rücken angehenden Pusteln entwickelten sich denen am Bauche gleich. — Die jüngst von Voigt befürwortete Regeneration der animalen Lymphe durch Erzeugung junger Variola-Vaccine hält Freund nicht für ein Bedürfniss: die alten Stämme sänken in ihrer Energie nur bis zu einem bestimmten Kraftniveau ab, wie die anderen Schutzimpfstoffe (Milzbrand, Schweinerothlauf, Hühnercholera). Dieses Kraftniveau sei aber für einen genügenden Impfschutz ausreichend.

Bezüglich der Antiseptik der Impfung gibt Freund eine systematische Darstellung ihrer Erfordernisse von den allgemeinen präparatorischen Massnahmen bis zum Abschlusse des Impfprocesses und beschreibt dann sein Verfahren, wie es sich nach dreijährigen Versuchen herausgestellt. Zur Aseptisirung der Lymphe und des Lymphfeldes bepinselt er das letztere unmittelbar vor der Inoculation mit



einer Sublimat-Aether-Lösung (1 : 5000), er nimmt die Revision am sechsten Tage vor und bepinselt an diesem Tage das ganze Pustelfeld mit einer Sublimat- oder Jodoform-Collodiumschicht (1 : 1000), die sich durchschnittlich drei Tage, oft länger intact erhält und die Verheilung beschleunigt. Wird abgeimpft, so geht der Eröffnung der Pusteln eine Bepinselung mit dem Sublimat-Aether und eine Nachpinselung mit reinem Aether voraus. Nach der Abimpfung wird das Sublimat- oder Jodoform-Collodium aufgetragen. — Die Antiseptik der Thierimpfung braucht sich blos auf die Abimpfung zu beziehen. Es wird dazu nach gründlicher Säuberung des Impffeldes eine Sublimatwaschung (1 : 1000) gemacht. Ueber die Einzelheiten des Verfahrens bei der Menschen- und Thierimpfung, sowie über die Erfolge wolle man die Abhandlung selber einsehen. Freund.



## II.

# Hautkrankheiten.

(Redigirt von Prof. **Kaposi** in Wien.)

---

### Anatomie, Physiologie, path. Anatomie, allg. und exper. Pathologie und Therapie.

1. **Lustgarten** S. Victoriablau, ein neues Tinctionsmittel für elastische Fasern und für Kerne. — Med. Jahrbücher, 1886, VI. H., p. 285.
2. **Schweninger** E. Beitrag zur experiment. Erzeugung von Hautgeschwülsten (Atheromen) durch subcutan verlagerte, mit dem Mutterboden in Verbindung gelassene Hautstücke. — Charité-Annalen, XI. Jahrg., 1886.
3. **Pawlowsky.** Lanolin, eine neue Grundlage für Salben. — Russkaja Medizina, 1886, 12, p. 207.
4. **Burschinsky.** Ueber die Resorption einiger Stoffe in Verbindung mit Lanolinsalben. Wratsch, 1886, 23.
5. **Keyes** E. Der Nutzen des Arsenikgebrauches bei Hautkrankheiten. — Journ. of cutan. and vener. diseases, 1886, Nr. 8.
6. **Hardaway** W. A. Zur Frage über den Werth des Arseniks bei Hautkrankheiten. — Journ. of cutan. and vener. diseases, 1886, Nr. 8.

Lustgarten (1) gibt einen von den bisher bekannten Methoden (vide d. Vierteljschr. 1886, pag. 695) verschiedenen Darstellungsmodus des elastischen Gewebes der Haut an. Victoriablau, ein durch Einwirkung von Phenyl-Naphtylamin auf Tetramethyldiamidobenzophenon gewonnener basischer Farbstoff, in Wasser und Alkohol löslich, zeigt gelöst tief dunkel blaugrüne Farbe. Es eignet sich zu Bacterienfärbungen in wässrig-alkoholischer oder Anilinwasserlösung und verträgt nebst anderen auch die Gram'sche Entfärbungsmethode. Zur Behandlung mit Victoriablau eignen sich am besten frisch in Flemming's Lösung gebrachte Präparate, welche dann in Alkohol gehärtet worden sind. Die Schnitte werden in ein Gemisch von ein bis zwei

Theilen concentrirter alkohol. Farblösung mit vier Theilen Wasser gebracht und darinnen 24 Stunden belassen. Entwässerung in Alkohol nur 5—10 Secunden. Auflösung in Bergamottöl, Einschluss in Xylolcanadabalsam. Bei richtiger Entwässerung zeigen Bindegewebe und Zellprotoplasma schwach grünliche, die Kerne dunkler grüne und die elastischen Fasern bis in die zartesten Ausläufer dunkel blaugrüne Färbung. Die Schnitte müssen unter Lichtabschluss verwahrt werden. Bezüglich der Art der Ausbreitung und Vertheilung des elastischen Gewebes stimmen die durch Victoriablau dargestellten Bilder mit Thomsa's und Balzer's Befunden überein. In einem Lepraknoten ergab sich, dass bei höherem Grade der Infiltration das elastische Gewebe immer spärlicher wurde. Zur Kernfärbung empfiehlt L. frischbereitete wässerige Lösungen, in welchen die Schnitte bis 24 Stunden verweilen, um dann kurze Zeit in Alkohol entfärbt zu werden. Man erhält so reine Kernfärbung, die sich auf die chromatischen Theile der Kerne beschränkt, und zum Aufsuchen von Mitosen empfiehlt. Noch reinere Bilder erhält man, wenn man die Schnitte für einen Moment in Gram'sche Jodlösung bringt, bevor man sie in Alkohol entfärbt. Riehl.

Schweninger (2) hat bei Kaninchen und Hunden Stücke Haut oder eine Brustwarze circumcidirt und dann die benachbarten Hautpartien über denselben vereinigt. In denjenigen Fällen, in denen eine prima intentio der Operationswunde zu Stande kam, vollzog sich entweder, und das war das seltenere, eine vollständige Drehung des übernähten Hautstückes, so dass die Bindegewebsschichte des letzteren mit derjenigen der darüber liegenden Haut verwuchs oder es entstand eine Cyste, in der die Epithelschichten nach innen gelagert waren und deren bindegewebige Kapsel sich aus der Cutis und dem Unterhautzellgewebe des subcutanen Hautstückes bildete. Diese Cyste zeigte, besonders bei jungen Thieren, beständiges Wachsthum. Der Inhalt, bald breiartig, bald trocken, war schmutzig bräunlich oder schwarz und bestand aus Epidermisschüppchen, Cholesterin- und Pigmentmolecülen und Fettnadeln. Schweninger drängt sich die Frage auf, ob nicht die an Menschen beobachteten Atherome aus Hautstückchen entstehen, die in der Entwicklungsperiode abgeschnürt wurden und die sich später, nach beendigtem Körperwachsthum, zu Balggeschwülsten entwickeln. O. Rosenthal.

Nach den therapeutischen Versuchen, die durch die chemische Harnanalyse der Kranken controlirt wurden, gelangt Pawlowsky (3) zu den Schlussfolgerungen über das Resorptionsvermögen verschiedener



Stoffe, die zugleich mit Lanolin in die Haut eingerieben werden. Verfasser brachte Narcotica, Chininum muriaticum und Kali jodatum in eine Salbenform und machte zugleich Controlversuche mit Schweinefett- und Vaselinsalben. Dabei überzeugte sich P., dass die Narcotica und Chininum muriaticum mit Lanolin in der Form einer Salbe ausgezeichnet, hauptsächlich bei Kindern, resorbirt werden. Hieraus ersah er, dass Lanolin ein sehr brauchbares, resorptionsfähiges und von schädlichen Nebenwirkungen freies Mittel sei.

In gegentheiliger Weise spricht sich Burschinsky (4) über Resorptionsvermögen verschiedener Stoffe aus, die mit Lanolin in Salbenform verbunden sind, und in die Haut eingerieben werden. Verfasser controlirte die Versuche von Lassar und Pawlowsky und überzeugte sich, dass ihre Schlussfolgerungen hinsichtlich der Vorzüge des Lanolin im Vergleich mit Schweinefettsalbe und Vaselin nicht richtig seien. B. machte eine Menge von Einreibungen an gesunden Individuen sowohl mit Lanolin- als auch den Fett- und Vaselinsalben. In den meisten Fällen traten diese Substanzen nicht im Urin auf, und nur bei der Einreibung von salicylsaurem Natron und Salicylsäure (in vier Fällen) bemerkte man eine violette Färbung des Harnes. Ausserdem spricht B. die Befürchtung aus, dass Lanolin, welches aus der Schafwolle producirt wird, die Quelle einer Infection mit Pustula maligna werden könnte. Szadek.

Keyes (5) wendet sich gegen einen Artikel Fox', „Die nutzlose Anwendung des Arseniks bei Hautkrankheiten“ und fasst seine Beobachtungen in Folgendem zusammen: Der Arsenik ist für die Haut ein Reizmittel; demzufolge sei dessen Anwendung im Anfangsstadium von Hautkrankheiten entzündlichen Charakters nicht nur nicht nützlich, sondern schädlich. Dessen Gebrauch nach Ablauf des acuten Stadiums beschleunige jedoch die Heilung und verhindere das Chronischwerden. Arsenik ist nur nützlich, wenn er von den Verdauungsorganen vertragen wird. Je ausgebreiteter und chronischer eine Hautkrankheit ist, umsomehr sei dessen Gebrauch indicirt; je beschränkter hingegen die Affection ist, umso geringer sei dessen Indication. Universelle chronische Eczeme, universelle Psoriasis und Pemphigus sind die Krankheiten, bei denen der Arsenik fast eine specifische Wirkung übe, ungeachtet der Fälle, wo derselbe wirkungslos bleibt.

Hardaway (6) wendet sich gegen den Missbrauch, den Arsenik bei allen möglichen Hautkrankheiten zu verordnen. Es sei nicht zu leugnen, dass dem Arsenik in einigen chronisch entzündlichen Krankheiten, wie



Psoriasis, Lichen planus, vielleicht Pemphigus und wahrscheinlich einigen anderen eine günstige Wirkung zukomme, aber in vielen Fällen, in denen a priori die besten Resultate zu erwarten sind, lasse er nichtsdestoweniger im Stiche. Hardaway hat niemals den geringsten günstigen Effect bei Eczem oder Acne durch Arsenik gesehen, es sei denn, dass die Indicationen für dessen Gebrauch „irgendwo anders" als in der Haut gefunden wurden und auch da nur in einer beschränkten Zahl von Fällen. Die Wirksamkeit des Arseniks aber zugestanden, frage es sich, ob nicht andere Behandlungsmethoden rascher und besser zum Ziel führten — und diese Frage möchte H. mit aller Entschiedenheit bejahen. Speciell bei Psoriasis ziehe er die locale Behandlung dem innerlichen Gebrauche des Arseniks bei Weitem vor, da sie schneller wirke, ohne dass die Recidiven häufiger eintreten, als bei letzterem. Auch bei Lichen planus habe der Arsenik in einigen Fällen im Stiche gelassen, während die Unna'sche Behandlung mittelst localer Mittel viel rascher zum Ziele führe. Was den Einfluss des Arseniks auf bösartige Hauterkrankungen anbelangt, so erwähnt der Autor mit Rücksicht auf die Heilung eines Falles von Hautsarcomen mittelst subcutaner Injectionen von Solut. Fowleri durch Köbner, dass der Arsenik in zwei Fällen, welche unter seiner Beobachtung gestanden waren, versagt habe. Jarisch.

**Arnheim.** Ueber Unterdrückung der Perspiration und Herabsetzung der Temperatur bei Anwendung von Fetten. Vrach, St. Petersburg, 1886, pp. 163—165. — **Bulkley.** Das Verhältniss zwischen Hautkrankheiten und den Krankheiten anderer Organe. Virgin. M. Month. Richmond 1886. — **Clark.** Eine neue Hautkrankheit. Med. Age. Detroit 1886. — **Eichhorst.** Ueber Wärmestrahlung der Haut unter krankhaften und gesunden Verhältnissen. Med.-chirurg. Centralbl., 1886, Wien. — **Fox** G. Die Anwendung von Arsenik bei Hautkrankheiten. New-York. M. Month, 1886. — **Gessner** E. Ueber Saponimente. Gazeta Lekarska, 1886, Nr. 8. — **Hall.** Motor. Empfindungen der Haut. Mind., London, 1885, pp. 557—572. — **Heitzmann.** Erfahrung über Elektrolyse bei Hautkrankheiten. New-York. medic. Presse, 1885—86. — **Kopp.** Ueber die Entwickelung der Theorie der Hautkrankheiten in der Syphilis in den letzten Decennien. Münchn. medic. Wochenschrift, 1886, Nr. 11. — **Majkowsky.** Die Principien der Haut- und Syphilistherapie an den Wiener Kliniken. Medycyna, Warszawa, 1886. — **Stas.** Ueber Resorption von Arsenik-Jodpräparaten durch die menschliche Haut. Art. méd. Brüx. 1886 bis 1887.

## Anomalien der Secretion und des Secretionsapparates.

**Hutchinson.** Behandlung der Acne. M. Rec. N. Y. 1886.



## Acute und chronische Infectionskrankheiten.
(Infectiöse Entzündungsprocesse.)

1. **Sselitzky.** Jodoform bei Erysipel. Verh. der militärärztl. Ges. zu Moskau, 1886. 1.
2. **Wille.** Gleichzeitiges Vorkommen von Typhus und Masern bei ein und demselben Individuum. — Münchn. med. Wochenschr. 1886, Nr. 37 und 38.
3. **Behrend.** Zur Behandlung des Lupus vulgaris durch Elektrolyse. — Wr. med. Presse, 1886, Nr. 29.
4. **Gärtner** und **Lustgarten.** Zur Behandlung des Lupus vulgaris durch Elektrolyse. — Wr. med. Presse, 1886. Nr. 30.
5. **Behrend.** Ueber denselben Gegenstand. — Ibid. Nr. 34.
6. **Kraft** E. Ueber Lepra auf den Hawai - Inseln. — Norsk Magaz. f. Laegevidenskaben, 1886, Nr. 1, pag. 1.
7. **Köbner** H. Histologisches und Bacteriologisches über Mycosis fungoides (Alibert). — Fortschr. d. Medic. 1886, Nr. 17.

Sselitzky (1) hat achtzehn Fälle von Erysipel mit einer Jodoformsalbe (1 : 8—10) behandelt und empfiehlt besonders diese Behandlungsweise, da sie folgende Vorzüge hat: Die Geschwulst fällt bald ab, der Schmerz lindert sich, die Röthe nimmt bald an Intensität ab, der Process greift nicht so schnell um sich und die Temperatur des Körpers fällt sichtlich.

Szadek.

Am siebenten Tage eines regulär verlaufenden Abdominaltyphus traten nach Wille (2) die Prodrome der Masern auf und hierauf Entwickelung des Masernexanthems mit Ausgang in Heilung beider Affectionen.

Horovitz.

Behrend (3) bemerkte mit Beziehung auf die Veröffentlichung von Gärtner und Lustgarten (cf. d. Viertelj. 1886, pag. 708), dass er schon früher als Lustgarten die Elektrolyse bei Lupus angewendet habe, hebt hervor, dass sich seine Methode wesentlich von der Lustgarten's unterscheide und er nicht einsehen könne, welche Vorzüge das Verfahren Lustgarten's gegenüber der Hebra'schen Arsenikpasta, sowohl in Bezug auf den momentanen Erfolg als mit Rücksicht auf die Recidive hat. Seine eigene Methode wird B. auf der Naturforscher-Versammlung in Berlin mittheilen.

Gärtner und Lustgarten (4) erwähnen auf Behrend's Bemerkung, dass schon Groh vor 15 Jahren gegen Lupus die elektrolytische Behandlung angewendet habe. Da Behrend's Verfahren G. und L. noch unbekannt war, so konnte es auch nicht der Ausgangs-



punkt ihrer Untersuchungen werden. Ausserdem ist nach Behrend's Angabe die ihm eigenthümliche Methode von der G. und L. recht wesentlich verschieden. G. und L. müssen daher Behrend jede Berechtigung zu einer sie berührenden Reclamation absprechen.

Hierauf entgegnet Behrend (5), dass ihm eine Arbeit von Groh vollständig unbekannt war und wünscht, dass wenn G. u. L. angeben, dass 15 Jahre früher jemand die Elektrolyse gegen Lupus angewendet habe, sie auch citiren mögen, dass jemand sechs Monate vor ihnen ein Gleiches gethan habe. v. Zeissl.

Nach Kraft's Bericht (6) wird die Anzahl der Leprösen auf den Hawaiinseln jetzt zu 1400 bis 1500 veranschlagt, von denen ungefähr die Hälfte in der leprösen Isolircolonie, Kalawao auf der Insel Molokai sich befinden. Nach dem Gesetze sollten eigentlich alle Leprösen dorthin gebracht werden. Nach dem Verf. kann es als ganz sicher angenommen werden, dass der Aussatz vor 40 bis 50 Jahren gar nicht auf diesen Inseln vorkam. Der erste wohl constatirte Fall soll vom Jahre 1843 datiren. Verf. ist entschiedener Anhänger der Contagiositätslehre und meint, dass die Krankheit ursprünglich eingeschleppt sein muss, aber woher konnte nicht sicher herausgebracht werden. Dass die Krankheit gar nichts mit den in den leprösen Ländern viel angeschuldigten Lebensmitteln zu thun hatte, scheint sicher; denn die Einwohner der Sandwichsinseln essen noch heutzutage genau dieselben Speisen, wie im Jahre 1778, als Cook dorthin kam. Bei einem Besuche in der Isolircolonie auf Molokai fand Verf. 722 Fälle von Lepra dort gesammelt, von welchen wenigstens 650 von der reinen eingebornen kanakischen Race waren, nur einzelne von weisser und chinesischer und einige von gemischter Race. Die meisten litten an der knotigen Form, doch beobachtete der Verf. in Honolulu auch die reine glatte Form. Die hauptsächlichen Symptome der Krankheit waren übrigens ganz dieselben wie bei den Leprösen Norwegens. Boeck.

Köbner (7) hat bei zweien, ihm in den Jahren 1883 und 1885 zur Beobachtung gekommenen Kranken, die mit Mykosis fungoides behaftet waren, mehrere noch mit Epidermis bedeckte Tumoren in vivo excidirt und dieselben nach den verschiedensten neuen Färbungsmethoden untersucht. Mikroskopisch zeigte sich, wie schon be-



kannt, in der ganzen Dicke des Coriums eine massenhafte Ansammlung von Rundzellen, die in einem feinen Maschenwerke von Bindegewebsfasern eingelagert waren. An denjenigen Stellen, wo der Process noch im Beginne war, sah man sehr zahlreiche Bindegewebszellen und vereinzelte Mastzellen, in deren Nähe sich zerstreute, verschieden grosse Anhäufungen von feinsten, blauen, mikrococcenähnlichen Körnchen vorfanden. In keinem von allen Schnitten waren aber Mikrococcen sichtbar, eben so wenig in den aus denselben Tumoren hergestellten Saftpräparaten noch in dem bei Mahlzeiten der Kranken entnommenen Blute. Dagegen fanden sich in Culturen, die kurze Zeit nach dem Tode von den aus dem Innern eines Knotens entnommenen Gewebsstückchen, auf Fleischpeptongelatine angelegt waren, Staphylococcus aureus, in denen, die von entzündeten Lymphdrüsen und Nieren herstammten, Staphylococcus albus. — Auch Impfungen, die K. mit Blut, mit serösem Secret und mit Gewebsstückchen an den Kranken selbst vornahm, waren absolut negativ. Hiernach stellte K. die Streptococcenbefunde, die Rindfleisch in den Blut-, Hammer auch in den Lymphgefässen beschrieben haben, als accidentelle oder postmortale Erscheinungen hin. Was die Angaben Hochsinger's über die meist intracelluläre Lage der Coccen betrifft, so handelt es sich hierbei nach Verf. um blaugefärbte Stücke, von Kernfiguren, Körnchen von Lymphkörperchen und Mastzellen, und auch um Farbstoffniederschläge. Die in Culturen aufgegangenen Coccen Schiff's betrachtet er als von aussen in das „ulcerirte Granulom" eingewandert. Und wenngleich Untersuchungen von excidirten Hautknötchen, sowie von einer geschwollenen Inguinaldrüse nach Lustgarten's Methode ebenfalls keinen positiven Befund ergaben, so hält K. nichts desto weniger aus klinischen Gründen, mit Rindfleisch diese Affection für eine der Lepra ähnliche chronische Infectionskrankheit, deren pathogener Spaltpilz allerdings noch zu finden ist. Aus diesem Grunde ist K. auch für Beibehaltung des älteren Namens, Mykosis fungoides gegen den von Auspitz vorgeschlagenen Granuloma fungoides. — Schliesslich spricht sich K. gegen die Auffassung der Affection als Lymphadénite cutanée (Ranvier) oder als Sarcomatosis (Port, Kaposi) mit Entschiedenheit aus. O. Rosenthal.

**Ashby.** Ueber den Zusammenhang zwischen Scharlach und Herzkrankheiten. Lancet, 1886. — **Blackader.** Kurze Bemerkungen über fünf Erysi-



pelfälle bei Kindern und deren Behandlung durch Anstrich mit Zinkoxyd. Arch. Ped. Philadelphia, 1886. — **Boccolari.** Lepra auf den Sandwich-Inseln, Rassegna d. sc. med. Modrena, 1886. — **Borzatti.** Ein ungewöhnlicher Fall von Scarlatina. Raccoglitore med. Forli, 1886. — **Comby.** Ein Fall von Rötheln. Fr. méd. 1886. — **Downer.** Nervendehnung bei Lepra. Lancet, 1886. — **Dujardin.** Schwere Augenaffection nach Masern. J. d. sc. méd. de Lille, 1886. — **de Freitas.** Ein Fall von anästhetisch-tuberöser Lepra nach primärer Nervenlepra. Coimbra med. 1886. — **Geschwind.** Beobachtungen über Uebertragung, Incubation und Verhütung der Masern. Arch. de méd. et pharm. mil. Paris, 1886. — **Kelly.** Ueber sogenannten traumat. Scharlach. Glasgow, M. J. 1886. — **Lang** T. Ueber das Verhältniss der Varicellen zur Variola. Wr. med. Pr. 1886, Nr. 31 u. 32. — **Le Gendre.** Mycosis fungoides. St. Louis, Cour. Med. 1886. — **Minch.** Lepra. Kieff, 1886. — **Musatti.** Ein seltener Fall von Scarlatina. Riv. venet. di sc. med. Venezia, 1886. — **Ollivier.** Scharlach in den Pariser Kinderspitälern. Rev. mens. des mal. de l'enf. Paris, 1886. — **Ryndziun.** Das Verschwinden der Parotitis nach dem Auftreten des Erysipel. Med. Rundschau. Moskau, 1885, Nr. 10.

## Erythematöse, eczematöse, squamöse, parenchymatöse Entzündungsprocesse.

1. **Wygodsky.** Ein Fall von Erythema exsudativum Hebra mit universeller Ausbreitung. — Sitzungsb. d. ärztl. Ges. zu Wilno, 1886, 1.
2. **Szadek** K. Herpes iris trunci et extremitatum, Medycyna 1886, 21.
3. **Rosenberg.** Ein Fall von Exanthema bullosum nach Salicylsäure-Gebrauch. — Deutsche medic. Wochenschr. 1886, Nr. 33.
4. **Wolf.** Eine pemphiginöse Form der Jodkalium-Intoxication mit tödtlichem Ausgang. — Berl. klin. Wochenschrift 1886, Nr. 35.
5. **Schwarz** Fr. Impetigo herpetiformis. — Wiener med. Blätter, Nr. 22, 1886.
6. **v. Pataky.** Impetigo herpetiformis (Hebra). — Wiener med. Blätter, 1886, Nr. 20.
7. **Widowitz.** Ueber neuropathisches Oedema. — Jahrb. d. Kinderheilkunde, 1886, 3. H.
8. **Lassar** O. Ueber Eczem. — Berl. klin. Wochenschr. 1886, Nr. 37.
9. **Schweninger** E. Bemerkungen über Eczema und dessen diätetische Behandlung. — Charité-Annalen, XI. Jahrg., 1886.
10. **Funk.** Zur Behandlung der Psoriasis. — Gazeta Lekarska 1886, 22.
11. **Elliot** G. Psoriasis mit Erkrankung der Flachhände und Fusssohlen bei einem Kinde. — The medical Record, 3. Juli 1886.
12. **Brocq** L. Ueber Lichen ruber. — Ann. de Derm. et de Syph. 1886, Nr. 7 u. 8, p. 389.
13. **Szadek** K. Ueber Lichen planus Wilsoni. — Przeglad lekarski, Kraków, 1886, Nr. 4—10.



14. **Kopp.** Zur Casuistik der multiplen neurotischen Hautgangrän. — Münchener med. Wochenschr. 1886, Nr. 38.

Wygodsky (1) beobachtete einen Fall von malignem Erythema totius corporis, welches von schweren Allgemeinerscheinungen begleitet, sehr ähnlich dem Flecktyphus war.

Es betraf ein fünfjähriges Mädchen, welches am 10. December plötzlich schwer erkrankte; das Unwohlsein bestand in völliger Appetitlosigkeit, in den ersten Tagen abwechselnden Schüttelfrösten und Hitze, wobei wiederholt Erbrechen auftrat. Gleichzeitig entwickelte sich ein Ausschlag, anfangs an der Dorsalseite der beiden Hände, hierauf Eruptionen am Gesichte, Hals und an der ganzen Körperfläche. Die Efflorescenzen bestanden aus einer Menge gleichmässiger, etwas erhabener Kreise, die sich derartig vereinigt hatten, dass die Ränder derselben ineinander confluirten, an der Peripherie der Infiltrate befand sich eine Umsäumung von 2—3 Mm. Breite; nur der Kopf, die Flachhände und die Fusssohlen waren frei. Die Haut war überall hyperästhesirt, Bewusstsein nicht klar. Die Temperatur 39—40°. Die Krankheit dauerte nur zwölf Tage, hierauf fiel die Temperatur ab und der Ausschlag verschwand völlig.

Szadek (2) theilt einen Fall von Herpes iris trunci et extremitatum mit, welchen er an der dermatologischen Abtheilung des Kiew'schen Militärspitals beobachtete.

Ein 23jähriger Soldat erkrankte plötzlich an allgemeinem Unbehagen und Schüttelfrost mit darauf folgendem Fieber; gleichzeitig erschien am Rumpfe und an den Extremitäten ein Bläschenausschlag; die zahlreichen pfennig- bis thalergrossen Kreise, bestehend aus concentrischen Reihen von Bläschen und entzündlichem Hofe, flossen stellenweise ineinander und bildeten mannigfaltige Figuren. Der Rumpf war hauptsächlich der Sitz dieser Efflorescenzen. Im Centrum der Kreise befanden sich kleine, dunkelbraune Borken, in den grösseren waren die Borken von einem bläschenförmigen Wall umgeben. Die meisten Efflorescenzen waren aus zwei bis drei concentrischen Bläschenkreisen zusammengestellt und die Kreise sowohl, wie auch die einzelnen Bläschen von einem rothen Hof umgeben. Die Krankheit dauerte vier Wochen; nach Verlauf von zwei Wochen trocknete zwar der Blaseninhalt unter Borkenbildung ein, aber in den zwei darauf folgenden Wochen erfolgte wieder ein Nachschub der Bläscheneruption in Form von kleinen kreisförmigen oder ovalen Gruppen. Diese secundären Efflorescenzen schuppten bald ab und an der Stelle, wo der Ausschlag gewesen, bildeten sich blasse, gelblichgraue Flecken. Verfasser betont das vorwiegende Befallensein des Rumpfes, gegenüber den Extremitäten.

Szadek.



Rosenberg (3) berichtet über ein durch innerlichen Gebrauch von Salicylsäure hervorgerufenes Arzneiexanthem.

Ein kräftiges junges Mädchen, das wegen rheumatischer Gelenksschmerzen Natron salicylic. erhalten hatte und dasselbe wegen Fleckenbildung auf der Haut hatte aussetzen müssen, erhielt bald darauf im Hospital freie Salicylsäure. Jedesmal darnach schneller Eintritt von Cyanose und Turgor des Gesichts, vielen Fleckenbildungen auf der Haut mit darauf sich entwickelnden Blasen und entsprechenden Erscheinungen auf der Schleimhaut der Conjunctiva und der Mundhöhle. Nachdem der Rheumatismus, gegen den die offenbar schlecht vertragenen Salicylpräparate nicht mehr angewendet worden, geschwunden war, willigte Patientin in eine experimentelle Prüfung der Salicylsäurefolgen. Wieder entstanden schnell nach kleinen Dosen unter erheblicher Betheiligung des Allgemeinbefindens Flecken und Blasenbildung an Haut und Schleimhäuten, und dauerten mehrere Tage lang, so lange noch Salicylsäure im Urin nachweisbar war; in dem Blaseninhalte war dieselbe nicht zu finden. Zu einer weiteren Prüfung, ob auch das Natronsalz der Salicylsäure dieselben Folgen habe, wollte sich Patientin begreiflicherweise nicht hergeben.

Einer 48jährigen an Herzhypertrophie und Nephritis leidenden Bauernfrau, deren Ascites, Anasarca, Pleuraerguss unter Eintritt guten Allgemeinbefindens bei dem Gebrauche von Pilocarpin und heissen Priessnitzschen Einwickelungen geschwunden waren, liess Wolf (4) Jodkalilösung (6 : 200) viermal täglich einen Esslöffel voll verabfolgen, unter Fortgebrauch der Einwickelungen. Am ersten Tage nahm Patientin vier Esslöffel, wonach sie Hitze und etwas Kopfschmerz spürte; am zweiten Tage noch drei Esslöffel, worauf sich ein heftiger Schnupfen einstellte und sich eine Pustel auf der Nase bildete; am dritten Tage sah W. die Kranke. Auf der normalen oder — zumal im Gesicht — ödematös geschwellten Haut fanden sich zahllose Papeln, Pusteln, besonders aber Bullae verschiedenster Form, Grösse und Farbe: weisslich, röthlich, oder auch blau-röthlich, gleich der von Gangränblasen; Inhalt serös, eitrig oder blutgemischt über einer weissgrauen schmierigen, wie macerirten Masse. Sämmtliche sichtbaren Schleimhäute abnorm reichlich secernirend und bedeckt von weisslichen pemphiginösen Gebilden, welche vollkommen normale Schleimhaut zwischen sich liessen. Die physiologischen wie pathologischen Se- und Excrete am dritten Tage untersucht, wurden frei von Jod befunden (der Urin der ersten beiden Krankheitstage, von L. Lewin in Berlin untersucht, jodfrei, derselbe fand das Jodkalipräparat rein, speciell ohne Spuren von Jodsäure). Temperatur 37·7; Puls 96. — Am folgenden Tage begannen dünne Stuhlentleerungen, darunter solche von reinem Blut. Die Efflorescenzen, die sich nicht vermehrten, verwandelten sich alle in trübe matsche Blasen, die im Gesicht platzten und zu Ulcerationen wurden. Unter steter Fieberlosigkeit trat bald Decubitus ein, Collaps, Zeichen von Mitralisinsufficienz, Tod am vierzehnten Tage der





Erkrankung. W. citirt als analogen Fall von bullösem Exanthem mit tödtlichem Ausgang nach Gebrauch — aber grösserer Mengen — von Jodkali einen von Morrow beschriebenen. Minkowski.

Schwarz (5) berichtet über einen Fall von Impetigo herpetiformis.

Eine 46 Jahre alte Frau, die zweimal geboren hatte, erkrankte im November 1885 an einer Entzündung der Mundschleimhaut, die mit dem Auftreten gruppirter Pusteln auf der Schleimhaut des Gaumens, der Wangen, Lippen und der Zunge einsetzte. Temperatur 38—38·5. Am 15. December traten Schüttelfröste auf und hierauf in Gruppen gestellte Pusteln auf der rechten Mamma; später an anderen Regionen der allgemeinen Decke die gleichen Efflorescenzen, jedoch einzelne mit hämorrhagischer Basis, untermischt mit hämorrhagischen Flecken. Täglich neue Eruptionen bis zum 23. December; von da ab erschienen kleinere und grössere und bis mannsfaustgrosse Pemphigusblasen eitrig-serösen Inhalts. Im Harne wenig Albumen; im Pustel- und Pemphigusinhalte Mikrococcenhaufen. Der Pemphigus ging unaufhaltsam vorwärts bis zu der am 30. December unter Inanitionserscheinungen erfolgten Auflösung.

Bei einem 18 Jahre alten stud. jur. der Klinik Geber in Klausenburg traten nach Pataky's Bericht (6) unter den Initialsymptomen von Fieber, Abgeschlagenheit und stechenden Schmerzen in den unteren Extremitäten in Gruppen und in Kreisform angeordnete Pusteln am Stamme, auf den Extremitäten und im Gesichte auf. Viele Efflorescenzen zeigten hämorrhagischen Charakter und waren von einem rothen Hofe umgeben. Jedem neuen Ausbruche gingen Schüttelfröste voran. Die Pusteln vertrockneten zu dünnen Borken, die sich ablösten, und an deren Stelle traten nun Flecken von Excoriationen zu Tage. Im Verlaufe der acht Wochen langen Krankheitsdauer, die mit Genesung ihren Abschluss fand, kam es auch zu intensiven Gelenksschmerzen, gegen welche salicylsaures Natron gereicht wurde. Gegen Ende des Processes kam es nicht mehr zu Pustelbildung, sondern zur Entwickelung von Efflorescenzen von der Form und dem Charakter der Erytheme.

An einem kränklichen Mädchen von sieben Jahren beobachtete Widowitz (7) folgende seit vierzehn Tagen in Anfällen auftretende Erscheinungen: Blaurothe Verfärbung und starke ödematöse Schwellung der Finger mit Bewegungseinschränkung; elastisches Anfühlen und schnell verstreichende Eindrücke der Oedeme. Ebenso symmetrisch auf beiden Wangen ödematöse Flecken rother Farbe und schnell schwindende Eindrücke. Die Nasenspitze geröthet, nicht geschwellt. Sensibilität intact. Nach drei Stunden schwanden die Schwellungen vollständig. Die Differenz der Fingercircumferenz in geschwelltem und nicht geschwelltem Zustande betrug 8—10 Mm. Sonst



waren keine pathologischen Veränderungen oder Functionsstörungen zu bemerken. In achtzehn Tagen konnten sieben Anfälle beobachtet werden. Fünf Tropfen einer einpercentigen Pilocarpinlösung innerlich gereicht waren von keinem Erfolge.

Dasjenige Moment ausfindig zu machen, welches die Anfälle auslöste, ist trotz grosser Beharrlichkeit von Seite W's. in dieser Richtung negativ ausgefallen. Dass der Angriffspunkt der veranlassenden Ursache ein Theil des Nervensystems war, dafür spricht das anfallsweise Auftreten, die Localisation an symmetrischen Stellen, das rasche Entstehen und Vergehen und der Mangel einer jeden anatomischen oder functionellen Veränderung an einem anderen Organe. Wahrscheinlich hängt dieser Symptomencomplex mit einer central gelegenen Nervenstelle zusammen, die Impulse an die Gefässnerven absendet und muss daher die Affection als eine Angioneurose angesehen werden.

Horovitz.

Lassar (8) will das bisher unter Eczem geschilderte Krankheitsbild als eine klinische Einheit nicht mehr gelten lassen, sondern eine Anzahl Grundkrankheiten, die durch das ihnen gemeinsame Jucken Kratzeczeme hervorrufen, von derselben getrennt wissen. Unter diesen räumt er den Herpesarten wieder einen grösseren, ihnen von Hebra seinerzeit bestrittenen Platz ein, da eine Anzahl als Eczem aufgefasster Fälle „auf der Entstehung kreisförmiger, über die eigene Peripherie hinauswachsender und aus kleinsten Anfängen hervorgegangener Grundformen beruhen". Die Intertrigo, welche Entzündungserregern aller Art durch die macerirte Haut den Eingang gestattet, betrachtet er, besonders bei Kindern, als Ursache der Dermatitis exfoliativa und bullosa, des Pemphigus und von nässenden Flechten. Neben der Prurigo agria unterscheidet er eine Prurigo regionalis, die erst an einer, dann an mehreren Körperstellen ohne Unterschied des Alters, des Geschlechts und der Beschäftigung auftreten kann und nach und nach ein unregelmässig begrenztes Eczem vortäuscht. Die von L. auch ambulatorisch geübte Behandlung des Eczems besteht, den allgemeinen Ansichten entgegen, in Bädern. Die Patienten — und zwar an Eczem aller Art leidenden — werden in einem Bade von 28°, das gegen Ende, zur Verhütung einer Erkältung um mehrere Grade abgekühlt wird, schonend abgeseift. Die Dauer des Bades erstreckt sich von zwanzig Minuten bis auf zwei Stunden. Nachdem der Patient durch Abtupfen mit weichen Tüchern abgetrocknet ist, wird er mit einer dicken Schicht 2perc. Salicylpaste bestrichen. Ueber dieselbe kommt Talcum oder Watte und eine weiche Mullbinde, die bis zum nächsten Bade liegen bleiben. Ferner hat L. mit gutem Erfolge auch gegen universelle nässende Eczeme, die sogenannten Theerbäder angewendet. Bei diesen wird der Patient im Wasser zuerst mit einer Verdünnung von Theer umd Oli-





venöl, später mit folgender Mischung: Ol. Fagi, Ol. Rusci ca. 50·0, Spirit dilut. 25·0 eingepinselt; gegen Ende des Bades wird der Theer wieder abgeseift und ein Pastenverband angelegt.

Schweninger (9) behandelte die bei Polysarcie, Atheromatose, Hämorrhoiden und Fettherz vorkommenden Eczeme nicht local, sondern hat dieselben unter den verschiedensten diätetischen Vorschriften (des Morgens statt flüssiger compacte Nahrung. Trennung von flüssigen und festen Speisen, reichliche Zufuhr von Flüssigkeit in kleinen Mengen, Genuss von Salz etc.) bei möglichster Individualisirung schwinden sehen. O. Rosenthal.

Funk (10) warnt local irritirende Mittel überhaupt im früheren Stadium der Psoriasis anzuwenden, weil dadurch die Krankheit gesteigert wird und neue Eruptionen auftauchen, besonders bei Psoriasis universalis und bei Kindern. Beim Beginn der Krankheit vermeide man jegliche Irritation der Haut und gebrauche nur indifferente Salben. Szadek.

Eliot (11) berichtet über einen Fall von Psoriasis bei einem achtzehn Monate alten Mädchen. Es bestanden neben charakteristischen Plaques am Kopfe, im Gesichte, an den Schenkeln etc., auch an den Flachhänden und Fusssohlen Psoriasisplaques. E. hebt hervor, dass bisher in der Literatur kein Fall von Psoriasis der Flachhände und Fusssohlen in so frühem Lebensalter verzeichnet ist und erörtert ausführlich alle differential-diagnostisch — namentlich gegen Psoriasis palmaris syphilitica — wichtigen Erscheinungen. Riehl.

Anknüpfend an Unna's Arbeit über den Lichen ruber (Clinical history and treatment of lichen ruber — Medical Bulletin Philadelphia 1886), welche in ausführlicher Weise referirt wird, sucht Brocq (12) die zwischen der Auffassung der Wiener Klinik und der französischen und englischen und Unna's Anschauung der Krankheit und ihrer Formen bestehenden Differenzen klarzustellen. B. acceptirt zum Theile Unna's Anschauungen, erkennt aber die Unna'sche Eintheilung des Lichen ruber, die nur auf der Efflorescenzform basirt, nicht als richtig an. Die sehr weitläufige Polemik und Begründung möge im Originale nachgelesen werden. Wir wollen hier nur die Schlussfolgerungen reproduciren. 1. Ungeachtet der Bemühungen Unna's, drei grosse Gruppen des Lichen ruber festzustellen (L. r. acuminatus, obtusus und planus), glaubt B. an der französischen Ansicht (der L. planus repräsentirt nur eine Krankheitsform) festhalten zu müssen. 2. Die in Deutschland als Lichen ruber acuminatus bezeichneten Fälle, bei welchen hie und da konische Knötchen vorkommen, sind nur Lichen



planus. Eigentlichen Lichen ruber acuminatus kennt man in Frankreich nicht; die Krankheit ist übrigens schlecht charakterisirt, da sie nur auf Grund der Efflorescenzform aufgestellt worden ist, in Folge dessen werden auch Fälle von Pityriasis rubra pilaris — einer ganz anderartigen Erkrankung — in diese Kategorie gezählt. B. gibt zu, dass es möglich sei, dass eine Krankheit existire, die den Titel Lichen ruber acuminatus verdiene, unter den bisher publicirten Fällen befinde sich aber keine derartige Hauterkrankung. (Verfasser scheint es unbekannt geblieben zu sein, dass Kaposi die Identität des Lichen ruber acuminatus (Hebra) und Lichen ruber planus bereits in der 2. Auflage des 1. Bandes des Hebra-Kaposi'schen Lehrbuches pag. 389, ausführlich aber in der Wiener medicinischen Wochenschrift Nr. 25 und 26, 1877, motivirt, und die von Hebra zuerst beschriebene und gekannte Form eben da als „acuminatus" gegenüber dem viel häufigeren „planus" zu benennen vorgeschlagen hat.) Riehl.

Nach einer kurzen Berücksichtigung der einschlägigen Literatur bespricht Szadek (13) die Symptomatologie, den Verlauf und die Aetiologie des Lichen planus, und betont den Unterschied zwischen dem letzteren und dem Lichen acuminatus, der Meinung anderer Dermatologen widersprechend, welche diese beiden Affectionen für verschiedene Formen einer und derselben Hauterkrankung ansehen. Obgleich schon die recenten histologischen Untersuchungen einige Beweise liefern, dass Lichen ruber acuminatus und Lichen planus zwei vollständig verschiedene Krankheiten seien (bei Lichen ruber acuminatus — atypische Verhornung, Vermehrung der Hornlager und Wucherung des Rete Malpighii, bei Lichen planus — Hauptveränderungen in der Papillarschichte und geringe Entwickelung, sogar Fehlen der Hornschichte), ist auch der klinische Verlauf beider Affectionen verschieden. Die Knötchen des Lichen ruber acuminatus tauchen zuerst am Stamme auf und haben die Tendenz, sich auf eine grössere Hautfläche zu verbreiten, bei Lichen planus wiederum beginnt die Eruption zumeist an den Extremitäten und verbreitet sich nur selten auf grössere Flächen. Die Knötchen des Lichen ruber acum. sind rund, spitzig, mit feinen Schuppen bedeckt; die Knötchen des Lichen planus aber meist polygonal, gedellt, und tragen anfangs keine Schuppen, sie bilden öfter grössere Plaques oder gruppiren sich



in längliche oder unregelmässige Figuren. Lichen ruber acuminatus führt, unbehandelt gelassen, zu Marasmus und vielleicht zum Tode, während Lichen planus fast keinen Einfluss auf das Allgemeinbefinden hat. Nachdem der Verfasser sämmtliche Fälle aus verschiedenen Ländern in eine tabellarische Ordnung zusammengestellt, fügt er die Beschreibung eines Falles hinzu, welchen er in Prof. Stukowenkow's Klinik (Kiew) beobachtete und welcher einige Besonderheiten bezüglich Form und Verlauf des Ausschlages darbot.

Ein 28jähriger Bauer, stets gesund und kräftig, litt schon jahrelang an Ausschlag, welcher zuerst auf der rechten Hand, später aber an den übrigen Extremitäten und am Rumpfe erschien. Bei der Aufnahme des Kranken in die Klinik bemerkte man an verschiedenen Körpergegenden einen aus Flecken und Knötchen zusammengesetzten Ausschlag; diese Flecken und Knötchen waren theils isolirt, theils in unregelmässigen Gruppen und Streifen geordnet. Die Efflorescenzen waren auf der Stirn und am Halse zerstreut, auf der Innenfläche der oberen Extremitäten gruppirte sich die Eruption der Länge nach in Form von Streifen, während auf den unteren Extremitäten ausser Streifen noch unregelmässige Gruppen flacher Knötchen vorkamen. An der Kreuzgegend und der Lumbalregion befanden sich sichelförmige Knötchengruppen. Alle diese Efflorescenzen bestanden aus kleinen runden und polygonalen, deprimirten Flecken und Knötchen und erinnerten ihrer Lage nach an den Inselarchipelag auf den Landkarten (Lichen planus geographicus); die Efflorescenzen waren meistens grauviolett, sonst dunkel- oder aschgrau. Die recenten Knötchen waren blassroth und etwas über das Niveau der Haut erhaben. An vielen Stellen bemerkte man Abschuppung, wodurch der Ausschlag wie bestaubt aussah. Der Ausschlag war an den meisten Körpergegenden schon in Rückbildung, an einzelnen Regionen aber im Fortschreiten begriffen. Auf der rechten Hand hatte der Ausschlag einen hypertrophischen Charakter; hie und da Efflorescenzen mit einer dicken Epidermisschicht bedeckt (Lichen plan corné der Franzosen). Die Aetiologie blieb in diesem Falle dunkel. Die Efflorescenzen waren nicht entsprechend dem Laufe der Nerven gruppirt und wenig symmetrisch geordnet. Die Schleimhäute frei. Im Nervensystem und in inneren Organen keine Veränderungen. Szadek.

Eine 25 Jahre alte, schwachentwickelte Näherin, welche vor sechs Monaten die ersten Zeichen des in Rede stehenden Uebels darbot, zeigte nach Kopp (14) beim Spitalseintritte auf der Streckseite des linken Vorderarmes eine gelbbraune, wie mumificirte, unregelmässig begrenzte, vier Ctm. lange und ein Ctm. breite Hautpartie. Dieselbe war ein wenig vertieft, unempfindlich und auf Nadelstiche nicht blutend. In der Umgebung ein rother Injectionshof. Die ähnlichen Verhältnisse bei zwei kleineren Stellen



in der Nähe. Am 9.—15. Tage lösten sich die Schorfe und die Wundfläche bedeckte sich mit üppigen, aber sehr empfindlichen und leicht blutenden Granulationen. Abheilung der Stellen mit Bildung von Narbenkeloiden, die lange Zeit hindurch sehr empfindlich blieben. Plötzlich traten drei neue Stellen auf der Brust auf mit demselben Ablauf und etwa ein halbes Jahr später ein neuer Nachschub auf der Dorsalseite des linken Oberschenkels.

K. hält diese Affection für identisch mit der von Doutrelepont in dieser Vierteljahresschrift 1886, pag. 179, niedergelegten Beschreibung eines Falles von multipler Hautgangrän. Während aber D. durch Sublimatbehandlung der Wundflächen die Keloidbildung verhinderte, traten in K.'s Fall die Narbenkeloide trotz der Sublimatbehandlung ein. Die Halbseitigkeit, der acute Verlauf, das gruppenweise Auftreten der Plaques und die Neuralgien, deuten auf die neurotische Natur des Uebels. Horovitz.

**Bloom.** Behandlung der Psorias. Am. Prat. and News, Louisville 1886. — **Cavafoli.** Nervöses Erbrechen bei Prurigo. Raccoglitore med. Forli, 1886. — **Crocker.** Hydroa. Brit. M. J. 1886. — **Falcone.** Acutes heredit. angioneurot. Oedem. Gazz. d. ospit. Milano, 1886. — **Fell.** Ein Fall von Pityriasis rubra? Heilung. Brit. M. J. 1886. — **Finny.** Bemerkungen über Lichen planus. Dubl. J. M. Sc. 1886. — **Gamberini.** Zoster-Studien. Giorn. internaz. d. sc. med. Napoli, 1886. — **Gottheil.** Bemerkungen über Lichen scrofol. J. Cutan. and vener. Dis. New-York, 1886. — **Hardaway.** Beobachtungen über simulirte und künstliche Exantheme. St. Louis, Cour. Med. 1886. — **Hawkins.** Fälle von Erythema nodosum. Lancet. London, 1886. — **Hayer.** Carbolinjectionen gegen Furunkel. Northwest Lancet 1885—86. — **Hutchinson.** Rothe Hände bei schwacher Circulation, Urticaria bei kaltem Wetter. Brit. M. J. 1886. — **Jacques.** Papulöses Erythem. Rev. mens. d. mal. del' enf. Paris, 1886. — **Kramarzynski.** Zwei Fälle von Purpura rheumatica. Przeglad lekarski, Kraków, 1886, Nr. 8. — **Mackenzie.** Erythema nodos. und sein Zusammenhang mit Rheumatismus. Brit. med. Journ. 1886. — **Milton.** Dermatitis ferox. Edinb. m. J. 1886. — **Morrow.** Pityriasis rubra mit Blasenbildung. J. Cut. et ven. Dis. New-York, 1886. — **Pearson.** Ein seltener Fall von Psoriasis num. rupioides. Prov. M. J. Leicester, 1886. — **Pryce.** Asthma und Urticaria. Lancet, 1886. — **Putnam.** Fall von Eryth. venenat. J. Cutan. et ven. Dis. 1886. — **Razumow.** Eryth. exsudat. multif. Trud. obst. russ. vrach, Mosk., 1886. — **Schadrin.** Resorcin bei acutem Eczem. Vet. Vestnik. Charkow, 1886. — **Weissgerber.** Ueber die Ursachen der Unterschenkelgeschwüre. Wiener med. Presse, 1886, Nr. 35. — **Woods.** Carbolinjectionen gegen Furunkel. J. Am. M. Ass. Chicago, 1886.



## Bildungsanomalien.

(Hypoplasien, Hyperplasien, Paraplasien der Epidermis und Cutis.)

1. **Campana.** Ueber Molluscum-Körperchen. — Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1886, pag. 1.
2. **Allen.** Mulluscum contagiosum. Eine Analyse von 50 Fällen. — Journ. of cut. and ven. diseases 1886, Nr. 8.
3. **Karewski.** Zur Therapie der Hypertrichosis. — Deutsche med. Wochenschrift, 1886, Nr. 34.
4. **Lustgarten** S. Ueber Radical-Epilation mittelst Elektrolyse. — Wr. med. Wochenschr. 1886, Nr. 36.
5. **Nikolsky.** Area Celsi als Trophoneurose. — Med. Rundschau. Moskau, 1886, 12, p. 1082—1093.
6. **Michelson.** Ueber die sogenannten Area-Coccen. — Fortschr. d. Med. 1886, Nr. 7.
7. **Omer Lebrun.** Ueber Vitiligo-Flecke nervösen Ursprungs. — Thèse de Lille, 1886. (Aus Prof. Leloir's Klinik.)
8. **Pospelow** A. Ein Fall von idiopathischer Atrophie der Haut. — Ann. d. Derm. et de Syph. 1886, Nr. 9, p. 505.

Wie in den Jahren 1870 und 1872 Bizozzero und Manfredi gelehrt hatten, entstehen die Molluscumkörperchen durch eine eigenthümliche Umwandlung eines Theiles des Protoplasmas der Epithelzellen, sowohl der Drüsen, als aller anderen Punkte des Reticulum. Aus eigenen Beobachtungen schliesst nun Campana (1): a) Die Schichten, die an dem Bau des drüsenförmigen Molluscum theilnehmen, sind das Stratum granulosum und mucosum; b) das Stratum granulosum bildet die Molluscumkörperchen mit seinen eigenen Kernen, und zwar sind 1. die Zellen dieser Schichte besonders vermehrt, 2. ihre Kerne so vergrössert, dass einige so gross wie die Molluscumkörperchen sind, 3. diese vergrösserten Kerne sind von granulirtem Eleidin eingeschlossen, das genau die Kerne begrenzt, 4. zwischen den Molluscumkörperchen gibt es eine auffällige Menge von Eleidin; c) das Eleidin bleibt, nachdem die Molluscumkörperchen gebildet sind, frei, und nimmt an der Bildung des interlobulären Netzes theil (Ranvier), und findet sich auch im Innern vieler, sonst unveränderter Stachelzellen und in dem Stratum corneum; d) die Eleidinkörnchen können sich vereinigen, um grössere Kügelchen zu bilden. Diese sind manchesmal so gross, wie die Molluscumkörperchen, und es gelingt nur mit den Farbstoffen sie von den letzten zu unterscheiden. Breda.



Allen (2) tritt für die Contagiosität des Molluscum contagiosum ein. Er sah diese Affection bei einer Mutter an jener Hautstelle auftreten, an welcher deren Kind das mit Molluscumwarzen besetzte Gesicht anlegte. Die Inoculation rief bei ihm selbst ein flaches, röthliches Knötchen hervor, welches aber alsbald verschwand. In einem Kinderasyle fand Allen das Molluscum in circa 30 Fällen gleichzeitig. Die Vorsteherin berichtete, dass ein Mädchen, welches mit den Warzen im Gesichte behaftet war, vor einem Jahre aufgenommen wurde und dass seit drei Monaten bereits eine Menge von den übrigen Mädchen in gleicher Weise erkrankt waren. Nach einigen missglückten Inoculationsversuchen bei den Mädchen erhielt Allen nach Einimpfung an der Beugeseite des eigenen Vorderarmes angeblich ein positives Resultat, über welches er allerdings erst in einer späteren Zeit zu berichten verspricht. Jarisch.

Zur Therapie der Hypertrichosis sucht Karewski (3) die Galvanocaustik gegenüber und neben der allgemein bevorzugten Elektrolyse zur Geltung zu bringen. Beide Methoden seien zur radicalen Entfernung abnorm gewachsener Haare geeignet, beide erfüllten, mit Ausnahme einiger, besonders disponirter Fälle, ihren Zweck ohne sichtbare Narbenbildung. Die Galvanocaustik hinterlasse in den ersten Tagen nach der Operation sichtbare Spuren, arbeite aber weniger schmerzhaft und mit geringerem Zeitverlust. K. räth die Elektrolyse überall da anzuwenden, wo die Hirsuties nur kleine Partien des Gesichts betreffe; die Galvanocaustik da, wo es sich um schnelle Beseitigung sehr ausgedehnten Haarwuchses handle. Zu letzterer seien sehr feine Platindrähte in heller Weissgluthhitze zu verwenden.
Minkowski.

Um gegenüber den unsicheren und widersprechenden Angaben der bisherigen Autoren über Radical-Epilation mittelst Elektrolyse, die die Stromstärke nur nach Elementen, die Dauer der Einwirkung bis zur erfolgten Lockerung des Haares aber sehr verschieden gefunden haben, mehr exacte und verlässlichere Anhaltspunkte für das praktische Vorgehen zu gewinnen, hat Lustgarten (4) bei der Radical-Epilation mit absoluten Massen gearbeitet und bei einer Stromstärke von 0·5 — 1 Milliampère eine 20—30 Secunden dauernde Stromeinwirkung ausreichend gefunden. L. verwendet conische, nicht zu scharf geschliffene Nadeln von Nickel-Zink oder Platin-Iridium und Moeller's Klemmpincette und überlässt gleich Michelson die Ausstossung des Haares dem Exfoliationsprocesse. Finger.



Nikolsky (5) bespricht zuerst die verschiedenen Ansichten, besonders die parasitären und neuropathischen Theorien, welche über den Ursprung der Area Celsi aufgestellt worden sind, zeigt, dass die Beweise für einen parasitären Ursprung der Krankheit wenig stichhältig sind, da zwar verschiedene Mikroparasiten bei Area Celsi beschrieben worden sind, jedoch, wie Bizozzero jüngst nachgewiesen, auf der Haut des Menschen zahlreiche Mikroorganismen ohne pathogene Bedeutung vorkommen. Die klinischen Beobachtungen sprechen für einen neuropathischen Ursprung der Area Celsi. (Die Anamnese ergibt gewöhnlich neuropathische Momente, vorhergegangenes Trauma und Nervenerschütterung, symmetrische Anordnung der Krankheitserscheinungen, ein plötzliches Auftreten derselben u. s. w.) Verfasser betrachtete selbst die Area Celsi als Trophoneurose, nachdem ihn acht Fälle seiner Beobachtung zu dieser Ueberzeugung gebracht. In zwei Fällen begann der Haarausfall plötzlich, während einer einzigen Nacht; dem Beginn der Krankheit schritten verschiedene Nervenerschütterungen: Erbitterung und Niedergeschlagenheit, ja sogar übergrosse Geistesthätigkeit voraus. In einzelnen Fällen war auch die Sensibilität der betreffenden Hautstellen verändert, fast alle Kranken waren neurasthenisch.

Ein Fall der Klinik betrifft einen 25jährigen Officier, dessen Erkrankung ein Trauma vorausgegangen war. Einige Monate später wurde er sehr nervös, es entstanden plötzlich mehrere circumscripte kahle Stellen in Form von Kreisen am behaarten Kopfe und führten in weiterer Entwickelung zu fast völliger Kahlheit des Schädels. Ausserdem fielen die Haare der Augenbrauen aus, der Wimpern, am Kinn, an den Wangen, der Regio pubica und den oberen und unteren Extremitäten. Die Sensibilität an den entsprechenden Gegenden und der Raumsinn war stark herabgesetzt. Die Therapie bestand in der Anwendung eines galvanischen Stromes auf den N. sympaticus und localer Faradisation des Kopfes. Innerlich wurde Kali bromatum und Solutio Fowleri verabfolgt. Bei dieser Cur nahm die Sensibilität der Haut zu, aber die Haare sind sehr spärlich nachgewachsen und der Kranke entzog sich der Beobachtung, ohne völlige Gesundheit erlangt zu haben. Szadek.

Michelson (6) macht die vorläufige Mittheilung, dass er durch mehrmonatliche Untersuchungen zu derselben Ueberzeugung gelangt ist, wie sie soeben Bordoni-Uffreduzzi (siehe Ref. diese Viertelj. 1886, S. 257) ausgesprochen hat: dass die von v. Sehlen beschriebenen Mikrococcen, anstatt einen specifischen Werth für die Area

Celsi zu haben, vielmehr der Ausdruck eines normalen Zustandes sind. Minkowski.

Omer Lebrun (7) bringt neue klinische Beweise für Leloir's Ansicht der nervösen Natur der Vitiligo. Ein Kind mit tuberculöser Meningitis bekam zwei symmetrische Vitiligoflecke auf den Wangen. Ein Tabiker bot im Anfangsstadium seiner Krankheit nebst den lancinirenden Schmerzen noch Vitiligoflecke dar. Ferner wird der Vitiligoflecken der Alkoholisten erwähnt, und hervorgehoben, dass die Nervenveränderung der Flecken ähnlich sei derjenigen, die man bei Alkoholisten und Tabikern fand. Man kann daher aus solchen Flecken auf eine periphere oder centrale Nervenalteration schliessen. Tavernier.

Pospelow (8) beobachtete an einer 50jährigen Bäuerin folgende Affection:

Die Haut der linken oberen Extremität präsentirt sich an den unteren Partien der Schulter, am Vorderarm und auf der Hand herabhängend und welk, kühl anzufühlen, bläulich gefärbt und ziemlich trocken. Hebt man eine Falte auf, so fühlt man sofort, dass die Cutis stark verdünnt ist. Das subcutane Fett ist fast gänzlich geschwunden. Der Schwund betrifft nicht blos das subcutane Gewebe, sondern auch die Muskeln der Haut. An den kranken Stellen lässt sich durch Aetherspray keine „Gänsehaut" erzeugen. Die Haut hat ihre Elasticität verloren und sieht in Folge der zahlreichen Falten ähnlich wie zerknittertes Cigarettenpapier aus. Die grösseren Gefässe schimmern deutlich durch die Haut und selbst ganz kleine Blutgefässe können bei durchfallendem Licht deutlich gesehen werden. Die Epidermis dieser Hautpartien glänzt, ist schuppig und trocken. Haarfollikel kaum nachzuweisen. Die Tastempfindlichkeit ist nur geringfügig abgeschwächt, Localisition und Perception für Schmerz, Druck und Temperatur etc. fast unverändert. Bei Zimmertemperatur ist der kranke Arm gegen Kälte mehr empfindlich als andere Körpertheile. Die Schweisssecretion ist normal, die Fettsecretion sehr gering. Aehnlich verändert findet sich die Haut am unteren Drittel des Oberschenkels, Knie, Unterschenkel und Fuss. Rings um das linke Knie ist die Haut so gefaltet, dass sie an den Querschnitt einer Zwiebel erinnert. Ueber der Ferse lässt sich die Haut wie von einem gebratenen Apfel kegelförmig abheben. Auch am rechten Knie sind ähnliche aber raschere Veränderungen der Haut zu sehen. Die inneren Organe sind normal. Die Reflexe unverändert, nur das Kniephänomen gesteigert. Die Kranke datirt ihr Leiden von ihrem 17. Lebensjahre, wo sie einmal nach einem längeren Marsch in Winterkälte eine warme Waschung vorgenommen hatte. Sie will bald darauf röthliche Flecken am Arm bemerkt haben, die sie ein Jahr später — bei ihrer Verlobung — zwangen, ihre Arme sorgfältig zu bedecken. Die Flecken sollen sich verbreitet haben und im Laufe eines



Jahres zur Verkümmerung der Haut geführt haben. Sie gebar später ein gesundes Mädchen, machte einen Puerperalprocess durch, in Folge dessen sie für ein Jahr erblindete und acquirirte in ihrem 29. Lebensjahre Syphilis. Die untere Extremität erkrankte 27 Jahre später als der Arm. Dr. P. bekam die Kranke wegen eines Geschwüres am Fuss in Folge von Schuhdruck zur Behandlung.

P. Erörtert die Diagnose. Nur drei ähnliche Fälle (Buchwald, Behrend, Touton) sind bisher veröffentlicht. Die beschriebenen Symptome lassen auch eine Verwechslung mit Sklerodermie — im Stadium der Atrophie — mit Wilson's General Atrophy zu. Kaposi's Xeroderma pigmentosum etc. sei leicht zu vermeiden. Es handelt sich um idiopathische, progressive und am Erwachsenen entstandene Hautatrophie. P. gibt den mikroskopischen Befund eines excidirten Hautstückes vom Vorderarm. Die Cutis zeigt nur ein Fünftel der normalen Mächtigkeit, und ist ziemlich gleichmässig verdünnt. Die horizontalen Muskelbündel der Haut sind von Rundzellen durchsetzt und erscheinen theils verdickt, theils atrophirt. An den Haarbälgen sind nur Reste der Muskelbündel nachzuweisen. B. erklärt sich daraus die Schlaffheit und Welkheit der Haut und die Unmöglichkeit „Gänsehaut“ hervorzubringen. An der gesunden Epidermis fand P. keine besonderen Veränderungen. Die Papillen verflacht. Ebenso zeigten sich die einzelnen Bindegewebslagen des Coriums, die Gefässe und die Nerven nicht verändert. Die Talgdrüsen waren „ein wenig“ atrophisch. Die Schweissdrüsenknäuel in die Quere gezogen, die Ausführungsgänge fast gerade, das Epithel derselben normal. Riehl.

**Capdeville.** Trophische Veränderungen der Haut bei Tabes. Paris, 1886. — **Emerson.** Waschleder-Haut. Brit. med. Journ. 1886. — **Haslund,** Ueber Sclerodactylie. Hosp.-Tid. Kopenhagen, 1886. — **Hoyer.** Elephantiasis der Hände. Amputation, Heilung. Buffalo med. and. S. Journ. 1885—86. — **Hutchinson.** Ein Fall von angeborenem Mangel der Haare, von Atrophie der Haut und ihrer Anhangsgebilde bei einem Kinde, dessen Mutter im Alter von sechs Jahren beinahe ganz kahl durch Alopecie wurde. Lancet, 1886. — **Kaeseler.** Ueber Area Celsi seu Alopecia areata mit Zufügung eines Krankheitsfalles. Greifswald, 1886. — **Moncorvo.** Elephantiasis bei Kindern. Paris, 1886. — **Mullier.** Elephantiasis der oberen Extremität, Amputation, Heilung. Arch. méd. belges. Bruxell. 1886. — **Ohman-Dumesnil.** Die Bedeutung des Nervensystems bei der Entstehung der Vitiligo. Alienist et Neurol. St. Louis, 1886. — **Overal.** Alopecie nach Läsion troph. Nervencentren, gebessert durch Elektrisation. Alien. et Neurol. St. Louis, 1886. — **Parker.** Behandlung der Naevi durch Excision. Lancet, 1886. — **Ries-**



**mayer.** Epithelialkrebs auf ulcerirtem Lupus. St. Louis. Cour. M. 1886. — **Riesmayer.** Epithelialkrebs auf Lupus erythematos. St. Louis. Cour. M. 1886.

## Parasiten und parasitäre Affectionen.

1. **Johm-Olsen.** Eine durch einen im Lister'schen Verbande gewucherten Pilz verursachte Hautkrankheit. — Norsk Magazin for Laegevidenskaben, 1886, Nr. 4, p. 244.
2. **Saalfeld** E. Eine langdauernde Epidemie von Dermatomycosis tonsurans in Berlin. (Aus der Poliklinik des Prof. Köbner.) — Berl. klin. Wochenschr. 1886, Nr. 39.

Beim Wechseln eines Lister-Verbandes bei einer Patientin, an der eine Resectio coxae ausgeführt war, fand Olsen (1) in dem Verbande dessen innere Schicht aus Jodoformgaze bestand, und in den dicken Schuppen abgestossener Epidermis ein braunschwarzes Pulver, das sich als Aspergillus niger erwies. An der entsprechenden Hautpartie, in der Knieregion, fand sich eine begrenzte, handtellergrosse, rothe Stelle vor, und der Pilz schien in die Epidermis eingedrungen zu sein. Nachdem die dicken Epidermisschuppen mit Seife und Wasser weggewaschen und die Haut wiederholt mit einer 1percentigen Sublimatlösung abgerieben war, wurde wieder ein Jodoform-Lister-Sublimat-Moosverband angelegt. Als acht Tage später die Patientin wieder über stechende Schmerzen in der Haut klagte und der Verband wieder gewechselt wurde, hatte sich der Pilz und die Röthe der Haut trotz der erwähnten gründlichen Reinigung weiter verbreitet. Die Haut war noch stärker roth wie früher und dazu geschwollen und nässend und zum Theil mit erbsengrossen Pusteln bedeckt, von welchen einige geborsten waren und oberflächliche Ulcerationen veranlasst hatten. Im Centrum dieser kleinen Ulcerationen konnte man eine tiefere, kreisrunde Stelle beobachten. Die Haut blutete leicht bei Berührung. Nach gründlichem Abwaschen mit Seife und Wasser, und dann mit 5percentig. Carbolwasser und Abspülung mit Sublimatwasser wieder Listerverband. Pat. klagte jetzt nicht mehr über die stechenden Schmerzen um das Knie, aber ähnliche Schmerzen stellten sich in der Sacralregion und an der rechten Seite der Nates ein. Es zeigte sich auch, dass ganz dieselbe Hautaffection mit denselben Pustelbildungen an den genannten Stellen sich gebildet hatte, während die Knieregion, wo das 5percent. Carbolwasser eingewirkt hatte, jetzt frei war. Auch in der Folge hielt sich der



Pilz in den aseptischen Verbänden, und hie und da wurde die Haut afficirt; aber immer wurde der Pilz, sofort wie das fünfpercentige Carbolwasser angewendet wurde, getödtet. Der Eiter der Pusteln enthielt zahlreiche Pilzsporen und einige Hyphen und selbst im Innern einzelner Eiterzellen konnten ein bis zwei Sporen beobachtet werden. Bei Züchtung in Brefeld'scher Nährlösung in hängenden Tropfen zeigte es sich, dass diese letzterwähnten Sporen theilweise ihre Sprossfähigkeit verloren hatten. Wie bekannt, ist dies derselbe Pilz, den man bei den Otomykosen gefunden hat. Interessant war es zu verfolgen, wie dieser Pilz vom Jodoform oder Sublimat gar nicht angegriffen wurde, wohl aber von 5percent. Carbollösung. Man vermuthete, dass der Pilz von dem Torfmooskissen herrührte. Boeck.

Saalfeld (2) berichtet über eine langdauernde Epidemie von Dermatomycosis tonsurans in Berlin Folgendes: Es kamen seit dem 1. December 1884 210 Fälle von Dermatomycosis tonsurans entsprechend 8·7 Percent aller Hautkranken zur Behandlung. Vorwiegend waren Männer erkrankt (Frauen zu 3·3 Percent, Kinder zu 9·5 Percent). Es wurden sowohl die einfachen (Herpes tonsurans Cazenave), als auch die infiltrirten Formen (Sycosis parasitaria) beobachtet. Ein Einfluss der Jahreszeiten durch die von ihnen gesetzten Veränderungen der äusseren Verhältnisse (Wärme der Haut, Schweisssecretion) auf die Häufigkeit bestimmter Formen liess sich nicht nachweisen. In der überwiegenden Anzahl der Fälle handelte es sich wie bei den früheren Beobachtungen Köbner's und Lesser's um Infection in den Barbierstuben. Die Befolgung der von K. der Barbierinnung gegebenen Vorschriften (Ausbrühen der Rasiermesser und der Rasirpinsel in siedend heissem Wasser, Beschaffung eigener Pinsel für die einzelnen Barbierkunden, Darreichung eines reinen, frisch gewaschenen Handtuches an jeden Barbierten, eventuell auch Beschaffung gesonderter Puderquasten, ferner Zurückweisung jedes mit pilzverdächtigen Ausschlagsherden im Gesicht oder am Halse Behafteten aus den Barbierstuben) bewirkte eine Abnahme der Fälle. Um die Wirksamkeit einzelner Parasiticidia zu prüfen, wurden Reinculturen von Trichophyton tonsurans der Einwirkung derselben unterworfen und dann auf Agar-Agar und zum Theil auch gleichzeitig von Köbner nach seiner epidermoidalen Impfmethode auf S. überimpft. Nach vierstündiger Einwirkung von 10percentig. Pyrogallusspiri-



tus, energischer Behandlung mit 15percentig. Naphtolsalbe, dreistündiger Einwirkung von 10 — 5percentigem Salicylspiritus und reinem Spiritus wuchsen die Culturen auf Agar-Agar nicht weiter, doch acquirirte S. von der mit 10percent. Salicylspiritus behandelten Probe eine typische Sycosis parasitaria am Thorax. Nach dreistündiger Einwirkung von 10percent. Chrysarobinsalbe, nach neunstündiger Einwirkung derselben Salbe, sowie von 5 und 10percent. Naphtolsalben, nach zehn Minuten langer Einwirkung von $^1/_4$percentiger wässeriger Sublimatlösung, nach 25 Minuten langer Einwirkung von 10percent. Salicylspiritus erfolgte ebenfalls kein weiteres Wachsthum der Trichophytonculturen auf Agar-Agar. Wohl aber wuchsen kräftige Trichophytonrasen nach dreistündiger Behandlung mit dem von Lesser gegen Sycosis parasitaria empfohlenen 4percent. Carbolöl und nach 25 Minuten langer Einwirkung von 5percent. Salicylspiritus aus. S. weist mit Besnier darauf hin, dass für die heilsame Wirkung vieler Mittel die durch sie bewirkte Abschälung der pilzhaltigen Epidermis von grösster Bedeutung sei. Die oberflächlichen Formen der Mycosis tonsurans wurden durch Auftragung von $^1/_4$percent. bis höchstens 1percentiger Sublimatlösungen (Wasser mit etwas Spiritus bis zu gleichen Theilen), von 10percent. Chrysarobin-Traumaticinlösungen (Alexander), von Terpenthin (Lücke) event. wegen zu starken Reizerscheinungen alternirend mit 1percent. Sublimatspiritus beseitigt. Für die Sycosis betont S., der die von Ihle mit Resorcin erhaltenen Resultate nicht bestätigen konnte, die Nothwendigkeit der Epilation, welche sich auch auf die gesunde Haut der Umgebung zu erstrecken hat, in den ersten Sitzungen aber wegen der erheblichen, erst im späteren Verlaufe abnehmenden Schmerzhaftigkeit, nicht zu ausgedehnt vorgenommen werden darf. Theer- und Cocainpinselungen zur Herabsetzung der Empfindlichkeit wurden nicht versucht. Die Rückbildung der Infiltrate wurde durch hydropathische Umschläge (eventuell mit $1^0/_{00}$ Sublimatlösung) auch durch fortgesetzte Umschläge mit 4percent. Carbolöl (Lesser) beschleunigt. Tiefe Abscesse wurden gespalten und nach Bedarf auch der scharfe Löffel angewandt. Falkenstein.

**Lutz.** Ueber einen sprosspilzartigen Epiphyten der menschlichen Haut. Mtsh. f. prkt. Derm. 1886. — **Neumann.** Ueber Identität des Hühnerfavus und des menschl. Favus. Compt. rend. Paris, 1886. — **Payne.** Erythrasma. Brit. med. Journ. 1886.



## III.

# Venerische Krankheiten.

(Redigirt von Prof. **Neisser** in Breslau.)

---

### Gonorrhöe und deren Complicationen.

1. **Jordan Lloyd.** Spurious Venereal Diseases. — The British medical Journal. 10. April 1886, pag. 698.
2. **Aubert** P. Des injections uréthrales dans la Blennorrhagie. — Lyon méd. 1886, Nr. 1.
3. **Sanné.** Du Kava et de son emploi dans la blennorrhagie et dans les affections aiguës des voies urinaires. — Bull. gén. de thér. CX. 5. p. 199, 1886.
4. **Awssitidjiski.** Zur Therapie der Gonorrhöe. — Centralbl. f. Chirurgie. 1886, p. 67.
5. **Grandin.** Behandlung der Blennorrhöe des Weibes. — New-York med. Journ. 1886, Febr.
6. **Van der Poel** jr. Abortivbehandlung des Trippers. — New-York med. record. 1886, 27. März.
7. **Kaltenbach.** Prophylaxis der Ophthalmo-blennorrhoea neonatorum. — Centralbl. f. Gynäkologie, 1886, Nr. 24.
8. **Appel.** Die Sondenbehandlung des chronischen Trippers. — Monatsh. f. prakt. Derm. 1886, p. 304.
9. **Schütz.** Ueber ein neues Endoscop. — Münchn. med. Wochenschrift. 1886, 27.
10. **Teltz.** Eine Modification der Casper'schen cannelirten Sonden für die Behandlung der chronischen Gonorrhöe. — Berl. klin. Wochenschrift. 1886, Nr. 24.
11. **Farquhar Curtis** B. Urethritis and Chancroid. — A Report on the Cases treated at the Chambers Street Hospital, Out-Patient Departement. From January 11. 1884, to March 20, 1885. New-York med. Journ. March 26, 1886.
12. **Bumm** (Würzburg). Die Histologie des puerperalen Blasenkatarrhs nach Beobachtungen an Wöchnerinnen und Thierversuchen. — Ctbl. f. Gynäkol. 1886, Nr. 28.





13. **Posner.** Zur innerlichen Behandlung gonorrhoischer Zustände. — Deutsche med. Wochenschr. Nr. 34. 1886.
14. **Sänger.** Ueber die Beziehungen der gonorrhoischen Infection zu Puerperalerkrankungen. — Centralbl. f. Gynäk. 1886, Nr. 29.
15. **Bumm.** Zur Aetiologie und diagnostischen Bedeutung der Papillome der weiblichen Genitalien. — Münchn. med. Wochenschrift, 1886, 27 und 28.
16. **De Luca.** I mikroparassiti della balanopostite. — Gaz. degli ospedali 1886, Nr. 37. Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1886, 4.
17. **Schüller.** Zur Behandlung der Harnröhrenstricturen; zwei neue einfache Instrumente zur Dilatation und zum inneren Harnröhrenschnitt. — Berlin. klin. Wochenschr. 1886, Nr. 25.
18. **White** J. B. Some remarks on the diagnosis and treatment of spasmodic stricture. — Journ. of cut. and vener. dis. 1886, p. 161.
19. **Smith** Johnson. Stricture of the Urethra. West kent medico-chirurgical society. 2. April 1886. — The British medical Journal. 24. April 1886, p. 783.
20. **Fischl.** Ein Beitrag zur Aetiologie und Diagnose der Pyelitis. — Zeitschrift. f. Heilk., Prag, 1886, IV. Heft.
21. **Robbins.** Eine neue Methode von Blaseneinspritzungen und ihr Werth bei der Behandlung der Cystitis. — New-York, medical Record. 1884, Dec. 27. Centralbl. f. Chir. 1885, Nr. 51. Ref. Alsberg.
22. **Buckston Browne** G. On the Early Treatment of Prostatic Retention of Urine. — Brit. med. Journ., May 8, p. 869, 1886.
23. **Fürbringer.** Ueber Prostatafunction und deren Beziehung zur Potentia generandi der Männer. — Berl. klin. Wochenschr. 1886, Nr. 29.
24. **Frank** W. Rockwell. The Pathology and Treatment of enlarged Prostate. — The New York med. Journ. July 10, 1886, p. 29 ff.
25. **Rhodes** James. Enlarged prostata and retention of urine: relief from injection of cocaine. — The British med. Journ., 1. Mai 1886, p. 822.
26. **Westermark.** Ein Fall von Salpingitis gonorrhoica mit Gonococcen im Exsudat. Exstirpation. Heilung. — Hygiea 1886, Jan.
27. **Fränkel** A. Casuistische Mittheilungen: 1. Zur Lehre von der gonorrhoischen Rheumatoiderkrankung. — Charité-Annalen, Bd. XI, S. 182.
28. **Loeb.** Die Rheumatoiderkrankung der Gonorrhoiker. — Deutsch. Arch. f. klin. Medicin. Bd. 38, S. 157.
29. **Hall** R. J. The Gonococcus in a Case of Gonorrheal Arthritis. — New-York med. Journ. March 20, 1886, p. 335.
30. **Leszynsky** W. M. Leucorrhoea as the cause of a recent epidemic of purulent ophthalmia in one of our city charitable institution. — New-York med. Journ. March 27, 1886.

Jordan Lloyd (1) hielt einen Vortrag über Pseudo-Gonorrhöe und Pseudo-Schanker, sowie über die Prädisposition zu venerischen Erkrankun-





gen. Ausfluss aus der Harnröhre und Geschwüre der Genitalien, welche in Folge eines Beischlafes auftreten, brauchen nicht specifischer Natur zu sein, sondern können der Menstruationsflüssigkeit oder einer Leucorrhoe ihre Entstehung verdanken. Nach L.'s Meinung entsteht die Mehrzahl dieser Pseudo-Gonorrhöen auf solche Weise. Pseudo-Schanker trifft man weniger oft, jedoch immerhin nicht selten. (Vergleiche die Abhandlung von Bockhart: Ueber die pseudo-gonorrhöische Entzündung der Harnröhre und des Nebenhodens. Monatshefte für praktische Dermatologie. Nr. 4. pro 1886.) Nega.

Aubert (2) legt das grösste Gewicht auf die Reinheit der Tripperspritze und der zu injicirenden Flüssigkeit, die beide vor dem jedesmaligen Gebrauch gekocht werden müssen, da er bei Urethritis ausser den Gonococcen noch andere Bacterien gefunden hat, auch bei gonorrhoischer Cystitis beide gefunden hat, — Beweis, dass der Sphincter vesicae das Vordringen der Bacterien nicht zu hindern vermag. Ferner wendet sich Vf. gegen zu starke Injectionen, weil die durch dieselben verursachte Entzündung die Vermehrung der Mikroorganismen begünstigt, und gegen solche Stoffe, wie Wismuth, die sich nicht lösen, wegen der Gefahr, dass sich um die Niederschläge Harnröhrensteine bilden. In Betreff des Zeitpunktes der Injectionen widerräth Vf. dieselben im Anfang bei hochgradiger Entzündung, dagegen ist die Epididymitis, wenn die Schmerzen vorüber sind, kein Hinderungsgrund. Uebrigens ist die Methode von A.'s Injection eher eine Ausspülung zu nennen; er führt ein Kautschukrohr (gleich der Nr. 10 Charrière dick) 2 Ctm. weit ein und lässt die injicirte Flüssigkeit immer wieder herauslaufen, während er die Patienten nur solche Injectionen vornehmen lässt, die blos die vordere Harnröhre füllen. Rich. Kohn.

Sanné (3) verabreichte das Extract der Kawa in Pillen à 0, 1, 4 bis 8 Stück pro die bei einer grösseren Zahl von Blennorrhöen und Cystitiden und sah davon durchweg die besten Erfolge. Auch in solchen Fällen, die bereits einige Zeit bestanden und verschiedenen anderen Behandlungsmethoden getrotzt hatten, sowie in chronischen Fällen trat unter Kawagebrauch schnelle Heilung ein.

Gestützt auf 40 Fälle empfiehlt Awssitidjiski (4) beim Tripper anfangs innerlich Natron salicyl. 6·0 in Decoct. sem. lini 180·0 pro die und warme Sitzbäder. Nach 3—4 tägigem Gebrauche desselben, wenn die Schmerzen in der Urethra aufgehört haben, 4—6mal täglich Injectionen mit 2perc. Borsäurelösung etwa vier Tage lang und schliesslich Injectionen von Sublimat 0·06 : 360·0. Unterberger.

Grandin (5) wendet auch bei der acuten Blennorrhoea vaginae sofort das Speculum, wenn nöthig nach vorausgehender Cocainisirung der Vaginalschleimhaut an, reinigt die Vaginalwände und pinselt eine Lapislösung



(1·9 : 31·1) auf Vaginalportion, Orificium derselben und die ganze Vaginalwand auf, worauf er zwei Vaselintampons einführt. Auch die ganze Urethra wird mit einer Lapislösung (0·6 : 31·1) ausgepinselt. Nach 24 Stunden werden die Tampons entfernt und die Vagina mit einer Lösung von Chlorammonium (7·5 : 480) irrigirt. Einmalige Procedur bewirkt oft Heilung. Finger.

Behandlung durch Irrigationen mit Sublimatlösung 1:20.000 bis 1:40.000 3 — 4 mal täglich je 2 — 3 Quart, empfiehlt Van der Poel (6) zur Abortivbehandlung der infectiösen Gonorrhöe. Heilung angeblich in 2 — 3 Wochen.

Kaltenbach (7) behandelt die Frage, ob die günstigen Erfolge des Credé'schen Verfahrens zur Verhütung der Ophthalmoblennorrhöe der Neugeborenen in der primären Desinfection des Auges mit Arg. nitr. oder in der peinlichen Reinlichkeit im Allgemeinen liegen, und ob sich dieselben Erfolge mit einem milderen Verfahren erzielen lassen. Er glaubt, die primäre Desinfection nicht in den Vordergrund stellen zu dürfen und meint, dass die Schuld an den Anstaltserkrankungen nicht einer Infection des Kindes während des Durchtritts durch die Scheide, sondern der Untersuchung durch mehrere Hände, und der Uebertragung von Fall zu Fall beizumessen sei. Der Nutzen des Credé'schen Verfahrens liege in dem ganzen System der Reinlichkeit. Er ist überzeugt, dass durch prophylaktische Sublimatausspülungen der Scheide während der Geburt und durch Auswaschen der Augen mit destillirtem Wasser die gleichen Resultate erzielt werden. Der Vorzug dieses Verfahrens liege im Gegensatze zu der Instillation mit 2 Perc. Höllensteinlösung in der Einfachheit und Reizlosigkeit. Kopp.

Nach vielen Versuchen fand Appel (8) zur Behandlung des chronischen Trippers mit überzogenen Sonden (nach Unna) folgende Composition als zweckmässigste: Vaseline Americana 90; Paraffin. solid. 10; Copaivbalsam 2; Argent. nitric. 1. Am besten werden Zinnsonden verwendet, einmal wegen der Biegsamkeit und dann weil diese am langsamsten zur Zersetzung des Höllensteines führen. An der Spitze ist etwa 2 Ctm. weit die Salbenmasse abzuschaben, damit möglichst wenig in die Blase gelangt. Die Einführungen sind mit dreitägigen Pausen vorzunehmen. In manchen Fällen lässt sich auch durch diese Behandlung keine Heilung, sondern nur Besserung erzielen. Fehlen in diesen Fällen die Gonococcen und ist keine Verengerung der Harnröhre mehr vorhanden, so räth A. in Uebereinstimmung mit Neisser jede Behandlung zu unterlassen. Lesser.

Schütz (9). Das Endoskop besteht aus einem einfachen geraden Hartgummitubus ohne Trichter von Nr. 19—24 des Charrière'schen Maasses, 12 Ctm. Länge mit möglichst stumpfer Visceralendung und einer 3 — 4 Ctm. im Durchmesser haltenden mattschwarzen Scheibe am Ocularende. Als Conductor dient ein in den Tubus genau passendes elastisches Bougie von 24 Ctm. Länge mit olivenförmiger Spitze und knopfförmiger Handhabe.





Der Vorzug dieses Endoskops liegt darin, dass durch das wegen seiner biegsamen Spitze leicht vordringende Bougie das Lumen der Urethra für das nachfolgende relativ dicke Endoskop bereits offen gehalten wird, so dass ein directes Aufstossen der Endoskopspitze auf die Schleimhaut aus mechanischen Gründen unmöglich wird. Kopp.

Teltz (10) beobachtete in einem Falle von chronischer Gonorrhöe mit beginnender Stricturbildung nach Gebrauch der Casper'schen Sonde Tenesmus, später Epididymitis und profusen Ausfluss. Er modificirte daher die Casper'sche Sonde so, dass sie an der Spitze eine dem gewöhnlichen Katheter ähnliche Krümmung erhielt und gleichzeitig die Rinne bis auf 1 Ctm. Entfernung von der Spitze fortgeführt wurde. Das Einführen verlief reactionslos, zumal Verf. das Einführen in die Blase vermied. Nach 12 Bougirungen Heilung der Gonorrhöe. Karl Herxheimer.

Aus dem Berichte, dessen Wiedergabe hier nur bruchstückweise möglich ist, heben wir Folgendes hervor: Curtis (11) gibt an: Das Incubationsstadium der Gonorrhöe dauerte im Durchschnitte 7·17 Tage (Mittel von 236 Fällen). Sechs Fälle begannen am Tage nach dem Coitus, doch hatten die vier, deren Vorgeschichte bekannt war, schon früher an Gonorrhöe gelitten. Vierzehn Fälle begannen am zweiten Tage post coitum (darunter zwei erstmalige Erkrankungen). In acht Fällen fand eine 3—4 wöchentliche Incubation statt (darunter drei erstmalige Erkrankungen) C. glaubt daher, dass das I. Stadium der Gonorrhöe länger dauert, wie man gewöhnlich annimmt. Die Patienten kamen gewöhnlich in der Mitte der zweiten Woche in Behandlung und C. verwendete dann eine alkalische Lösung: Rp. Kali acet. 1·25, Spir. aeth. nitr. gutt. X, Aquae 3·75. MD.S. Im Wasser. Ruhe, leichte Diät u. s. w. Sobald der ardor urinae nachlässt Injectionen mit Rp. Zinc. acet. 0·18, Aq. dest. 30·0 mit einer stumpf endenden Spritze von 90 — 120 Ccm. Capacität, drei- bis viermal täglich. Die Einspritzungen werden erst zehn bis vierzehn Tage nach dem Aufhören der Secretion sistirt. Die Behandlung dauerte bei den geheilten Fällen im Mittel 6½ Wochen (incl. zehntägige Beobachtung). Tritt nach einer Woche keine Besserung ein, so verordnet C. Rp. Zinc. acet. 0·09, Extr. hydrast. fl., aquae āā 15·0. Schlägt auch dieses fehl, so gibt C. wöchentlich eine Injection von Rp. Arg. nitr. 0·18, Aq. dest. 30·0 und setzt gleichzeitig die Behandlung mit Hydrastis fort. Fälle, die noch jetzt nicht weichen, werden nach den Vorschriften für die Urethritis chronica behandelt. Von 142 Fällen, die längere Zeit beobachtet wurden, wurden 56 geheilt, 82 gebessert, 4 ungeheilt entlassen. 55 Patienten hatten Complicationen: Rheumatismus gonorrh. (1), Haemorrhagie (1), Retent. urinae (2), Paraphimosis (2), Periurethritis (2), Bubo (21) (7 Perc. der Gesammtzahl), Epididymitis (33) (11 Perc. der Gesammtzahl). Der Bubo als Complication von Gonorrhöe allein (ohne gleichzeitigen Schanker) — 15 Fälle — trat auf vom dritten Tage



bis zur zehnten Woche, zuweilen nach gänzlichem Erlöschen des Ausflusses. Die Epididymitis begann im Mittel in der vierten Woche, also eher, wie Fournier in seiner Statistik angibt. (Fournier: 86 im ersten Monat, 78 im zweiten, 22 im dritten.) Acht Fälle von Epididymitis begannen schon in der zweiten Woche und vier begannen noch früher. Dass die Injectionen an der Entstehung der Epididymitis keine Schuld tragen, beweist die Thatsache, dass 29 (von 33) entstanden, ehe die Injectionen vorgenommen wurden. Ist Fluidum in der Tunica vaginalis, so aspirirt C. dasselbe mit einer hypodermatischen Spritze. Ein starkes Purgirmittel wird verordnet, Bettruhe, Kataplasma. Nachbehandlung mit Ung. plumbi jod. und Tragen eines Suspensoriums. Während der acuten Periode werden keine Injectionen gestattet. Mercurialsalbe wurde im subcutanen und chronischen Stadium in drei Fällen verordnet und scheint die Resolution zu begünstigen, doch leistet — sagt C. — das Ung. plumbi jod. dieselben Dienste. Einwicklung scheint die Resolution zu befördern und „steigert das Wohlbefinden des Patienten". Gegen Chorda wird vor allem der Spir. camphorae empfohlen — einen Theelöffel voll beim Schlafengehen. — In achtzehn Fällen wurde das Mittel versucht, davon siebzehn Fälle mit vollständigem Erfolg. Heisswasser-Irrigationen nach Dr. Holbrook Curtis sind umständlich und nutzlos, daher zur Tripperbehandlung nicht zu empfehlen. Ohne Injectionen kann man eine Heilung in absehbarer Zeit durch blosse hygienische Behandlung nicht erzielen. — Beim Ulcus molle betrug die Incubationsdauer im Mittel 8·88 Tage und wechselt von 1—30 Tagen, in fünf Fällen trat das Geschwür schon am Tage nach dem Coitus auf. Von 184 Patienten hatten 107 nur ein einziges Geschwür, was gegen die Behauptung spricht, dass das Ulcus molle in der Regel multipel auftrete. Die Schankerbubonen entwickelten sich im Durchschnitt 27 Tage nach dem inficirenden Coitus, 21 Tage nach dem Auftreten des Geschwürs. Die Schanker wurden fast durchweg mit Jodoform-Aether behandelt, bei Sitz derselben unter der phimotischen Vorhaut machte C. subpräputiale Injectionen mit Sublimat 1 : 4000. Zur abortiven Behandlung der Bubonen empfiehlt C. die parenchymatösen Carbolinjectionen (M. K. Taylor) mit einer 5percentigen Lösung (15—20 gutt.). Zwei Injectionen im Zwischenraum von drei bis vier Tagen reichen gewöhnlich aus. C. hat in zehn Fällen 18 Injectionen gemacht, in fünf Fällen gelang die Abortivcur, zwei Fälle wurden gebessert. Unangenehme Allgemeinerscheinungen traten nie auf. Zeigt der Bubo Tendenz zur Suppuration, so erlaubt C. seinen Patienten, ihrem Beruf nachzugehen und lässt Nachts Kataplasmen machen. C. incidirt erst dann, wenn der Bubo der spontanen Eröffnung nahe ist.

In der Discussion wurden folgende Punkte hervorgehoben: 1. Dass die Incubationsdauer der Gonorrhöe vom Autor zu lang angegeben sei, Beobachtungen an Gebildeten ergeben eine kürzere Dauer. 2. Wurde die Behandlung des acuten Trippers mit schwachen Subli-



matlösungen dringend empfohlen. Mitunter soll man damit die Gonorrhöe coupiren können. 3. Wurden Einwendungen gemacht, gegen die Behandlung der Bubonen mit Kataplasmen und die Contra-Irritation empfohlen, um womöglich die Eiterbildung zu verhüten. 4. Wurde dem Autor gegenüber betont, dass die Behandlungsdauer des Ulcus molle sich durch rechtzeitige intensive Aetzungen bedeutend abkürzen lasse. 5. Dagegen wurde dem Autor zugestanden, dass die Heisswasser-Irrigationen eine sehr unzweckmässige Behandlung seien. In vielen Fällen mussten dieselben wegen Reizung des Blasenhalses aufgegeben werden. Nega.

Bumm (12) berichtet über Versuche über die Aetiologie des puerperalen Blasenkatarrhs an der Hand von acht Fällen von puerperaler Cystitis. Katheterismus im Wochenbett ist nicht selten Ursache des Katarrhs. Der Harn ist in diesen Fällen stets sauer und es fand sich in demselben ein Diplococcus, der dem Gonococcus sehr ähnlich war. Die Coccen durch ihr Färbungsverhalten gegenüber dem Gram'schen Verfahren — dunkelgelbe Färbung derselben — und durch die Reincultur, welche in gelben Rasen auswächst und grosse Aehnlichkeit mit dem Staphylococcus aureus zeigt. Dieser Diplococcus, der sich in den Lochien findet, kommt mit dem Katheter in die Blase und vermehrt sich dort. Experimentell konnte B. an Thieren erweisen, dass man bei normaler Blase und ungehinderter Urinentleerung Milliarden von Coccen in die Blase bringen kann, ohne dass im Urin Coccencolonien sich entwickeln; die Blase war nach kurzer Zeit wieder rein. Wenn überhaupt alle durch die Nieren ausgeschiedenen Organismen eine Cystitis verursachen müssten, würde die letztere viel häufiger sein. Die Wirkung der Pilze in der Blase hängt, wie B. experimentell gefunden hat. davon ab, ob die Schleimhaut derselben intact ist, oder ob durch directe oder indirecte Insulte die Blasenschleimhaut in einen abnormen Zustand versetzt war; im letzteren Falle entwickelte sich heftiger eitriger Katarrh. Hienach scheint es, dass die bei der puerperalen Cystitis gefundenen Diplococcen den Charakter der Entzündung bedingen. Die Urinstauung bei Wöchnerinnen und die bei der Geburt nicht selten vorkommenden Quetschungen der Blasenschleimhaut begünstigen die Niederlassung der Coccen. Auch ergab sich, dass den letzteren nur eine geringe Invasionsenergie zukommt, nicht vergleichbar mit derjenigen der Gonococcen, der Milzbrandbacillen u. s. w. Während diese jedesmal und unter allen Umständen haften, brauchen jene der Wundinfection eine ihnen günstige Beschaffenheit des Bodens. Therapeutisch sei diese Erfahrung in so ferne zu verwerthen, dass man, abgesehen von der Fernhaltung der Infectionsträger, denselben einen gesunden Boden entgegenstellt.

Posner (13) hat bei Gonorrhöe günstige Wirkungen von dem internen Gebrauche des Oleum Santali constatiren können, welches den Ma-



gen weit weniger belästigt, als der Copaivbalsam. Ganz besonders empfiehlt er das Mittel in den Fällen, bei denen zunächst von den Injectionen abgesehen werden muss, bei Complication des Trippers mit Epididymitis, Cystitis. Prostatitis etc. Namentlich bei recht acutem Blasenkatarrh mit fortwährendem Tenesmus trat öfters schnelle Linderung der Beschwerden ein. Wesentlich ist die Reinheit des Präparates. P. empfiehlt ein französisches Präparat (Santal Midy) und das aus der Schimmel'schen Fabrik bezogene Sandelöl.

E. Lesser.

Sänger (14) steht, was die Häufigkeit der gonorrhöischen Infection beim Weibe anlangt, ganz auf dem Standpunkte Nöggerath's. Zur Diagnose seien aber wesentlich klinische und anamnestische Gesichtspunkte heranzuziehen, der Gonococcenbefund inconstant und die sichere Unterscheidung von Pseudogonococcen nicht gelungen sei. Auffallend sei es, dass die gonorrhöische Infection keine Puerperalinfection mache. Dagegen komme es im Puerperium häufig zu schweren gonorrhöischen Erkrankungen, die oft für puerperale Infection gehalten werden. Gonorrhöische Exsudate treten erst spät im Wochenbette auf. Besonders häufig seien Pelviperitonitis und Erkrankungen der Tuben bei Frauen, die kurz nach der Geburt oder nach einem Abort inficirt werden. Für das Puerperium selbst stellt die gonorrhöische Infection keine schwere Gefahr dar. Durch das späte Auftreten der durch Gonorrhöe bedingten Erkrankungen unterscheidet sich der Krankheitsverlauf wesentlich von der Sepsis. Doch kommen auch Mischinfectionen vor.

Auf Grund klinischer Beobachtungen und experimenteller Untersuchungen kommt Bumm (15) zu dem Schlusse, dass die Wucherungen des Papillarkörpers weder eines specifischen Reizes, wie er z. B. im gonorrhoischen Fluor gegeben ist, zu ihrer Entstehung bedürfen, noch dass sie die Folge einer Berührung mit ihresgleichen sind, sondern dass jeder länger dauernde Reiz, sei er nun chemischer oder mechanischer Natur, Papillome an den Genitalien erzeugen kann, vorausgesetzt, dass die Disposition dazu besteht. Spitze Condylome lassen sich durch Uebertragung von Person zu Person experimentell nicht erzeugen, jedenfalls ist aber auch ausserhalb des Experiments von einer Contagiosität in dem Sinne, wie bei wirklich contagiösen Affectionen, z. B. den breiten Condylomen auch nicht entfernt die Rede.

Die Untersuchungen de Luca's (16) führten zu dem Resultate, dass in zehn Fällen von Balanoposthitis (darunter eine experimentelle) stets der Gonococcus Neisser's im Secret aufgefunden wurde und konnte der Verfasser stets denselben in Reinculturen aus dem Secrete züchten. Den von Mannino beschriebenen und als pathogenetisch betrachteten Bacillus der Balanoposthitis hält der Autor für identisch mit dem Alvarez-Tavel'schen Smegmabacillus. Er nimmt zwei Formen von Balanoposthitis an, deren eine eine echte blennorrhagische durch Neisser's Gonococcus be-



dingte sei, während eine zweite Form auf Einwirkung anderweitiger reizender Momente zurückzuführen wäre. Kopp.

Zur Dilatation der Harnröhre hat sich Schüller (17) nach dem Princip von Stearns ein geradliniges Dilatatorium construirt, welches er für Stricturen, die vor dem Bulbus liegen, anwendet, während er das gebogene von Stearns für diejenigen im Bereiche des Bulbus gebraucht. Ferner hat er für den inneren Harnröhrenschnitt, wobei er denjenigen von hinten nach vorne vorzieht, ein neues Urethrotom anfertigen lassen, welches im Wesentlichen von einem geknöpften Messer mit sehr langem Stiele und sehr kurzem schmalem (2 Mm. breitem) schneidenden Theile dargestellt wird. Das Instrument wird wie eine Sonde ohne Schneidendecker eingeführt bis zur Strictur, indem man es an eine Seitenwand der Harnröhre fest andrückt, so dass keine Verletzungen entstehen und dann wird unter gleichzeitiger Controle des von aussen tastenden linken Zeigefingers eingeschnitten. Die Nachbehandlung besteht in antiseptischer Ausspülung, ruhiger Bettlage, Gummikatheter. Nach Verlauf einer Woche wird bougirt.

Karl Herxheimer.

White (18) fand, dass bei Vorhandensein einer Strictur im vorderen Theil der Urethra manchmal gleichzeitig eine spasmodische Strictur im hinteren Abschnitt der Harnröhre besteht, welche nach Beseitigung der vorderen Strictur von selbst verschwindet. Zwei Krankengeschichten illustriren diese Thatsache. Vor der Einführung des Katheters bei Stricturen empfiehlt W. eine vierpercentige Cocaïnlösung zu injiciren. Lesser.

Johnson Smith (19) bespricht die verschiedenen Methoden für Stricturen-Behandlung und befürwortet die allmälige continuirliche Dilatation. Er betont den Nutzen eines heissen Bades und der inneren Verabfolgung von Opium vor Anwendung eines Instrumentes. Nega.

Gestützt auf Autoritäten und eigene Beobachtungen kommt Fischl (20) zum Schlusse, dass die Pyelitis auch idiopathisch nach Erkältungen und Traumen auftreten könne. Die Differentialdiagnose ist gegenüber Cystitis und Nephritis zu machen. Das von vielen Autoren betonte Auftreten von dachziegelförmigen geschwänzten Zellen im Sedimente bei Pyelitis konnte F. nicht bestätigen; wohl aber wird den von Dittel beschriebenen Zellconglomeraten, ferner den Epithelien der Sammelröhren, der passageren Albuminurie der vermehrten Harnmenge und bei Beckencalculose nach den rothen Blutkörperchen ein grosser Werth beigelegt. Schmerzen und eventuell eine Geschwulst in der Gegend der Niere ergänzen das klinische Bild.

Horovitz.

In drei Fällen von gonorrhöischer Cystitis spritzte Robbins (21) eine Lösung von Kali chlor. und Acid. hypermangan. mittelst einer Davidson'schen Doppelschlauchspritze durch die Harnröhre in die Blase, ohne dem Patienten



den geringsten Schmerz zu bereiten. Die Flüssigkeit wurde ungefähr eine Minute in der Blase zurückgehalten, dann wurde die Einspritzung in derselben Sitzung noch mehrmals wiederholt. In zwei Fällen genügten drei Sitzungen, in dem dritten fünf Sitzungen zur völligen Heilung. Kopp.

Buckston (22) betont das oft sehr hochgradige, unter comatösen Erscheinungen hin und wieder zum Exitus führende Fieber, welches bisweilen nach dem Katheterismus, der bei der durch Prostataerkrankung bedingten Harnverhaltung nöthig wird, auftritt. Dieses Fieber ist kein septisches, denn es tritt selbst trotz peinlichster antiseptischer Cautelen auf und fehlt oft trotz jauchigen Inhalts der Blase, sondern resultirt aus einem „Urethralshock", der auf die secretorischen Apparate der Niere einwirkt und alle Grade der Harnverhaltung herbeiführen kann. Entsprechend der Stärke des Shocks wird das Gefässsystem mit Harnsubstanzen überladen, es tritt Fieber auf und — bei nicht baldiger Wiederherstellung der Nierenfunction — Gefahr für den Patienten. B. nennt dieses Fieber im Anschlusse an Thompson „Harnfieber". Bei lange bestehenden Hindernissen des freien Harnabflusses sind die Nieren oft derart verändert, dass sie dem Shock nach dem Katheterismus nicht widerstehen und Exitus letalis eintritt. Um den Shock und das Harnfieber möglichst zu vermeiden, empfiehlt B. sorgfältigste Desinfection des Katheters, sowie vorherige Anwendung von Morphin (subcutan). Cocaïn local ist zur Vermeidung des Urethralshocks nicht zu verwerthen, da es nur mittelst besonderen Instruments in die hinteren Theile der Harnröhre gebracht werden kann. Sodann ist die Thätigkeit der Haut, der Leber und des Darmes anzuregen, um die Nieren zu entlasten.

Gärtner.

Fürbringer (23) theilt einen Fall mit, bei dem isolirte Samenblasenergüsse in Folge rein nervöser Atonie der Ductus ejaculatorii erfolgten. Das Secret war geruchlos, wies keine Prostatakrystalle und fast nur bewegungslose Spermatozoen auf. Gesunkene Potentia coëundi. Nach entsprechender Behandlung (modificirter Playfair'scher Cur) bot sich nach einer frischen Pollution völlig normales Sperma mit Prostatakrystallen etc. dar. Aus diesem Falle und einschlägigen Versuchen schliesst Fürbringer, dass das frische Prostatasecret im Stande ist, „das in den die Samenblasen und Samenleiter erfüllenden Spermatozoen schlummernde Leben vermöge specifischer vitaler Eigenschaften auszulösen". Karl Herxheimer.

Frank W. Rockwell (24) unterscheidet zwei Arten der Prostata-Vergrösserung: 1. Wahre Hypertrophie der secretorischen Gebilde der Drüse oder der musculären Elemente, oder schliesslich gleichzeitig beider. 2. Entstehung eines wahren fibrösen Tumors inmitten der Drüsensubstanz mit gleicher Wirkung auf die Weichtheile, wie bei jedem anderen Tumor. (In letzterem Falle kann sogar die Prostata eine normale Grösse besitzen.) Was die Aetiologie der Prostata-Tumoren betrifft, so verweist er auf die Analo-



gien zwischen der Prostata und dem entsprechenden Gebilde beim Weib — dem Uterus. Beide haben die Tendenz aus ihren Componenten isolirte homologe Gebilde zu erzeugen, welche in der Mehrzahl der Fälle eine gewisse Wachsthumsgrenze nicht überschreiten und die physiologischen Functionen nicht hindern, jedoch in einem begrenzten Lebensabschnitt in Ausnahmsfällen sich weiters entwickeln. Diese Grenze liegt beim Weibe zwischen dem 35. und 50., beim Manne zwischen dem 50. und 70. Lebensjahre. Indess ist Prostata-Hypertrophie keineswegs ein nothwendiger Begleiter des Alters, man findet sie nur im Verhältniss von 1 : 8 bei sechzigjährigen Leuten. Die ersten Symptome der Prostatitis werden oft übersehen oder fälschlich für etwas anderes gehalten. Hierher gehören Schwierigkeiten beim Harnlassen, schwaches Strahlnachträufeln. Ein wichtiges Symptom ist die partielle Urinverhaltung. Als Folge der allmäligen Prostata-Vergrösserung entsteht eine Verlängerung der Pars prostatica, wodurch der Blasenausgang über das Niveau des Blasengrundes erhoben wird. Hieraus entsteht die partielle Harnverhaltung mit allen ihren Folgen. Die ständig gereizte Blase verliert ihre Contractionsfähigkeit und kann den Widerstand der verengerten und gewundenen Pars prostatica nicht mehr überwinden. In Folge dessen träufelt der Urin mehr weniger constant ab, ein Zustand, der oft vom Patienten und vom Arzte fälschlich für Incontinentia in Folge von Paralysis colli vesicae gehalten wird. Können wir bei combinirter Untersuchung durch Rectum und Harnröhre eine Prostata-Hypertrophie nicht nachweisen, so dürfen wir keineswegs die Diagnose auf Blasenlähmung oder Incontinentia urinae stellen; diese Erkrankungen sind (von Affectionen des Nervensystems abgesehen, welche dieselben veranlassen können) im Mannesalter sehr selten. Die Incontinentia[1]) ist gewöhnlich ein Symptom der Prostata-Hypertrophie. Hierauf bespricht R. eingehend die manuelle und instrumentelle Untersuchung, worauf wir hier nicht näher eingehen können. Gewöhnlich entziehen sich die ersten Stadien der Prostata-Hypertrophie der ärztlichen Behandlung. Kann man dieselbe zeitig genug constatiren, so empfiehlt sich das von Reginald Hanison beschriebene Bougierungsverfahren, welches der Autor näher beschreibt. Der Autor schildert dann die Folgezustände, der durch Prostata-Hypertrophie bedingten Harnverhaltung: Zurückbleiben von Urin und Cystitis. Uva ursi wird von R. mit Vorliebe angewendet, noch bessere Resultate sah R. in einigen Fällen an verdünnten Alkalien, das allerbeste ist die Irrigation der Blase mit dem Apparat von Van Duren und Keyes mit einer heissen Borsäurelösung (1 : 600). R. beginnt mit 38° C. und steigt bis zu 44—49° C. Später nimmt er eine stärkere Borsäurelösung (12 : 600). Gleichzeitig Adstringentia (Arg. nitr. 1·25 : 30·0; Acet. plumbi 0·06 : 120·0). Bei grosser Reizbarkeit der Blase gibt R. Opium, Belladonna und Cannabis indica per rectum, das beste Mittel ist die Anwendung des

[1]) R. versteht darunter das Ueberfliessen des Harn bei gefüllter Blase. Bem. des Ref.



Harrison'schen Katheters, mit welchem man die Blase entleeren und sodann — ohne das Instrument zu entfernen — suppositoria medicata in das Organ einzuführen. (Rp. Extract. Belladonnae. Morph. sulf. āā 0·02 : But. Cac. 0·2). Hieran schliesst sich die Behandlung der acuten Harnverhaltung und die Angabe der hierbei vom Autor angewandten Instrumente, die Gefahren missglückten Katheterisirens (Hämorrhagie, Shock, Pelviperitonitis). Die Entleerung der Blase — bei chronischer Harnverhaltung — darf keine plötzliche vollständige sein, sondern muss allmälig vorgenommen werden. Ist die Einführung des Katheters schwierig gewesen und bestehen falsche Wege, so darf man den Katheter liegen lassen, man wählt am besten einen elastischen. Gelingt die Einführung nicht, so muss man die Blase punctiren. Dauernde Abhilfe schafft am besten die perineale Cystotomie. Sehr günstige Resultate — ausgenommen bei Blasensteinen — erzielte Sir Henry Thompson mit dieser Operation. Keiner der Operirten unterlag. Die Prostata erträgt sehr intensive Eingriffe, wenn vollständige Drainage existirt. Zur Allgemeinbehandlung verwendet man Ergotin, Jodkali und Salmiak. R. hat von Ergotin bei Patienten, die an starker Prostata-Hypertrophie litten, entschiedene Erfolge gesehen.

Rhodes (25) berichtet über zwei Fälle von Prostatavergrösserung und Urinretention, bei welchen er durch die Injection von 6 Centigr. Cocaïn in einpercentiger Lösung in die Harnröhre sofortige und bedeutende Erleichterung erzielte. Bei dem zweiten Patienten wurde durch die Injection auch die seit zwei Tagen bestehende Harnverhaltung gehoben. Nega.

Westermark (26) gibt Nachricht über Operation und Krankheitsverlauf eines Falles von Pyosalpinx, welcher anfangs zu der irrthümlichen Diagnose einer Extrauterinschwangerschaft geführt hatte und durch die Laparotomie resp. Exstirpation geheilt wurde. Die exstirpirte Tuba zeigte verdickte Wandungen mit Rundzellen infiltrirt. Die bacterioskopische Untersuchung des eiterigen Exsudates wies unzweifelhafte Gonococcenhaufen nach. Kopp.

Fränkel (27) erkennt die von Loeb (Deutsch. Arch. für klin. Medic. Bd. 38, S. 157) als für den gonorrhöischen Rheumatismus charakteristisch angegebenen Momente an, theilt jedoch einen Fall von Rheumatoiderkrankung bei einem Gonorrhöiker mit, der insoferne zu den Ausnahmen von den Loeb'schen Regeln gehört, als die Zahl der betroffenen Gelenke eine ungewöhnlich grosse, die Dauer der Temperaturerhöhung eine abnorm lange und die seltene Complication mit einer Ischias hinzugetreten war. Bezüglich der Aetiologie hält Verf. das Bestehen beider Auffassungen für sehr wohl möglich, dass nämlich die Gelenke primär, unter dem Einfluss der Gonococcen erkranken können (Kammerer), und dass im späteren Stadium der Gelenkentzündung eine secundäre Einwanderung von gewöhnlichen Eitercoccen stattfindet.



Loeb (28). Die Frage des sogenannten Tripperrheumatismus gipfelt im Wesentlichen in zwei Punkten: 1. Besteht ein Causalconnex zwischen Tripper und Rheumatismus? 2. Dieses zugegeben, disponirt der Tripper nur zum Rheumatismus, oder ist der Tripperrheumatismus eine Krankheit sui generis? Was die erste Frage betrifft, so spricht sich Verf. entschieden für eine Zusammengehörigkeit beider Krankheiten aus, insbesondere gestützt auf das häufige Vorkommen des Rheumatismus bei Tripperkrankungen. Schwieriger ist eine Erklärung für das Auftreten dieser rheumatischen Erkrankung. Verfasser neigt der Ansicht zu, dass namentlich bei Gonorrhoea posterior Rheumatismus auftritt. Einmaliges Befallensein disponirt zu öfteren Attaken. Bezüglich der zweiten Frage ist Verf. der Ansicht, dass der Tripperrheumatismus eine wohlcharakterisirte, mit der Polyarthritis rheumatica nicht zu verwechselnde Krankheit ist. Dafür sprechen 1. die Beziehungen des Fiebers und Allgemeinbefindens zu den Localerscheinungen. Der Tripperrheumatismus verläuft in der Regel ohne Fieber. 2. Der gonorrhöische Rheumatismus hat eine längere Dauer als der gewöhnliche. 3. Bei dem ersteren sind meist weniger Gelenke afficirt. Der Process ist ferner stabiler. Das Handgelenk wird seltener betroffen. Das Exsudat hält die Mitte zwischen einem eitrigen und serösen, während solches beim gewöhnlichen Rheumatismus eine Ausnahme ist. 4. Die häufige Complication mit Augenentzündungen. 5. Die grössere Seltenheit von Complicationen seitens des Herzens und der Pleura. 6. Die grössere Häufigkeit der Sehnenscheiden- und Schleimbeutelentzündungen und der Ischias bei der gonorrhöischen Form. 7. Die specifische Wirkung von Salicylpräparaten bei der gewöhnlichen Form, die bei der gonorrhöischen versagt. 8. Die Prognose. Beim Tripperrheumatismus erfolgt fast immer völlige Heilung, wenn auch die Dauer eine längere ist. Der Process ist als eine Wundinfectionskrankheit aufzufassen, indem die gonorrhöische Affection den Eitercoccen (die Kammerer'schen Befunde werden vom Verf. angezweifelt) günstige Bedingungen für den Eintritt in die Lymph- und Blutbahn bietet, er verhält sich demnach analog den Gelenksaffectionen bei Cystitis, im Puerperium etc., ferner bei Bronchiektasie (Gerhardt), bei Scharlach. Für den Namen „Tripperrheumatismus“ schlägt Verf. „Arthritis gonorrhoica“, „Tripperrheumatoid“, „gonorrhöische Rheumatoiderkrankung“ vor. Karl Herxheimer.

Hall (29) berichtet über einen Fall von acuter (seit fünf Wochen bestehender) Gonorrhöe mit schmerzhafter Anschwellung des linken Kniegelenks und subacuter Periostitis des rechten Tarsus und Metatarsus. In der aus dem entzündeten Gelenk aspirirten Flüssigkeit fanden sich zahlreiche, grosse, epitheloide Zellen und wenig Eiterkörperchen. In beiden fanden sich charakteristisch gruppirte Gonococcen, von denen einige auch frei im Fluidum gesehen wurden. Die Impfungen auf Fleischpeptongelatine gaben kein Resultat. Später impfte H. auf Agar-Agar, erhielt jedoch ebenfalls ein negatives Resultat, da die Gonococci wahrscheinlich seither abge-



storben waren. Petrone fand Gonococcen in zwei Fällen von Tripperrheumatismus von drei- resp. fünftägiger Dauer. Kammerer fand sie in einem Falle am zweiten Tage, einige Tage später fand er sie in der von demselben Falle stammenden Flüssigkeit nicht mehr. Er schliesst hieraus, dass die Gonococci in der Gelenksflüssigkeit nur wenige Tage leben können, eine Ansicht, welche auch vom Autor getheilt wird. Der vom Autor veröffentlichte Fall ist daher der vierte Fall von Arthritis gonorrhoica, in welchem Gonococci mit Sicherheit nachgewiesen wurden. Nega.

Leszynsky (30) übernahm am 1. Januar d. J. die ärztliche Leitung einer New-Yorker Kinderbewahranstalt. Die Zahl der Kinder betrug 212 im Alter von 1—15 Jahren, nämlich 100 Mädchen über 8 Jahre und die restirenden 112 Kinder männlichen und weiblichen Geschlechts unter 5 Jahren. L. fand, dass fünfzehn der kleinen Kinder an Ophthalmia purulenta litten, alle anderen kleinen hatten eine mehr weniger ausgesprochene katarrhalische Conjunctivitis. Von den grossen Mädchen litten 38 gleichfalls an Conjunct. catarrh., keines aber an Ophthalmie. Leucorrhöe war bei 22 kleinen und 13 grossen Mädchen vorhanden. Wenige Tage darauf zeigten sich 7 neue Fälle von Ophthalmia purulenta. Ueber den Beginn der Epidemie erfahren wir Folgendes: Im November 1885 waren 7 Fälle von „milder“ Conjunctivitis aufgetreten, bis 1. December stieg die Zahl auf 60. Die ersten Fälle von Ophthalmia purulenta wurden am 24. December beobachtet, bald darauf erkrankten 6 andere Kinder. Die ersten Fälle ereigneten sich bei scrophulösen, anämischen Kindern, welche an profuser Leucorrhöe litten. L. glaubt, dass hier eine directe Uebertragung des Eiters von der Vulva auf die Conjunctiva stattfand. Da alle an Ophthalmie leidenden Mädchen gleichzeitig an purulenter Vulvitis litten, so könnte man in allen Fällen eine Autoinoculation annehmen, wenn sich nicht gleichzeitig 4 Knaben unter den inficirten Kindern befänden. Die Uebertragung fand augenscheinlich durch die Handtücher und Waschutensilien statt, welche in gemeinschaftlichem Gebrauch waren. Die ersten 4 Fälle waren nicht genügend isolirt worden, noch auch hatte man Vorsichtsmassregeln gegen die Weiterverbreitung ergriffen. L. glaubt nicht, dass die Vaginitis und Vulvitis „specifischer“ Natur war. Als ätiologische Momente führt er Scrophulose, Anämie und möglicher Weise persönliche Unreinlichkeit an. Eine mikroskopische Untersuchung des Ausflusses auf Coccen hat, wie der Autor selbst angibt, nicht stattgefunden. Nach einer ausführlichen Schilderung des weiteren Verlaufs der Epidemie, sowie der dagegen ergriffenen Massregeln, schliesst der Autor mit der Empfehlung, in öffentlichen Instituten die Kinder auch auf das Vorhandensein von Leucorrhöe zu untersuchen und die Gefahr, die dieses Leiden für das Sehorgan bringt, nicht zu unterschätzen.

Nega.



## Venerische Helkosen und deren Complicationen.

1. **Balzer.** Diagnostic du chancre mou. Société de Biologie. — Progrès médical 1886, Nr. 13, p. 266.
2. **Baude.** Beitrag zur Kenntniss des weichen Schankers, der weiche papulöse Schanker. — Thèse. Lille, 1886.
3. **De Luca.** Il micrococco dell' ulcera molle. — Gaz. degli osped. 1886, 38—41. Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1886, 4.
4. **Nivet.** Geschwür, aus Vereiterung einer Bartholin'schen Drüse hervorgegangen, das einen weichen Schanker simulirte. — Annal. de Derm. et de Syphil. 1886, 7, 8.
5. **Crivelli.** De la virulence du bubon qui accompagne le chancre mou. — Arch. génér. de Méd. 1886, p. 410.
6. **Harvey.** Behandlung der Bubonen. — Medical news. 1886, p. 98.
7. **Hoffa.** Bacteriologische Mittheilungen aus dem Laboratorium der chir. Klinik des Prof. Dr. Maas in Würzburg. — Fortschritte d. Medicin. 1886, S. 75.
8. **Tommasoli.** Beitrag zur Kenntniss des weichen Schankers. — Wr. allgem. med. Zeitung. 1886, 29.
9. **Farquhar Curtis.** Chancroid. — New-York med. Journ. 1886, conf.: Gonorrhoe Nr. 23.

Balzer (1) gibt ein Verfahren an, um in zweifelhaften Fällen die Diagnose des Ulcus molle sicher stellen zu können. „Herpes und indurirter Schanker gehen nicht über die Epidermis hinaus, während der weiche Schanker in die Cutis dringt." Es lag daher nahe, das Secret zu untersuchen. Finden sich elastische Fasern, so ist es ein weicher Schanker. Man färbt das Secret mit Eosin und fügt einen Tropfen einer 40percentigen Kalilösung zu, wodurch die elastischen Fasern sehr deutlich werden.

Gärtner.

Bande (2) bespricht in der unter Leloir's Leitung geschriebenen Thèse jene Form des weichen Schankers, die als linsengrosses, weiches rothes Knötchen beginnt, das entweder als solches heilt, oder von der Spitze aus zerfällt und sich in einen weichen Schanker umwandelt. Finger.

De Luca (3) stellte nachstehende Versuche mit dem Secrete eines bisher nicht behandelten weichen Geschwürs an: Nach einem positiven Impfversuche auf der Trägerin des Ulcus wurde sowohl das Secret des ersten Geschwürs als der Inhalt der secundären Impfpustel auf sterilisirte Fleischinfusgelatine gebracht. Aus der ersten Cultur entwickelten sich verschiedene Arten von Colonien, graue, grünlich-gelbe, gelbrothe, schmutzig-weisse und weisse; aus der zweiten gingen nur weisse und schmutzig-weisse Colonien hervor; die mikro-



skopische Untersuchung dieser Varietäten ergab stets die Anwesenheit von Mikroparasiten. Jedoch nur die schmutzig-weissen Colonien ergaben ein positives Impfresultat beim Menschen. Diese letzteren sind aus kleinsten Coccen bestehend, welche einen Durchmesser von 0·5 bis 0·6 Mm. haben, welche sich in nicht verdünnten Präparaten in Zoogläahaufen gruppirt vorfinden. Zwischen diesen Elementen fanden sich aber auch Diplococcen und Kettencoccen zerstreut (sic!). Eine von dem Autor an sich selbst vorgenommene Impfung mit der schmutzig-weissen Cultur ergab ein typisches, auf eine zweite Person weiter verimpfbares Ulcus molle. Von diesen experimentell-erzeugten Geschwüren ab wurden neuerdings schmutzig-weisse Culturen gewonnen; Impfungen mit diesen letzteren Culturen ergaben wiederum positive Resultate. Für den Verf. folgt daraus, dass im Secret des weichen Geschwürs gleichzeitig mit einer Menge anderer Mikroorganismen ein Mikrococcus von specifischen Eigenschaften existirt, welcher nach den oben erwähnten Versuchen als für das Ulcus molle pathogen bezeichnet werden kann. Er wächst auf Fleischinfusgelatine, besser noch auf Blutserumgelatine, aber auch auf Kartoffeln. Er gehört zu den Aërobien und entwickelt sich bei gewöhnlicher Zimmertemperatur, besser aber zwischen 28—38 Grad. Die Entstehung einfacher oder ulceröser Bubonen ist abhängig von dem Uebergange der verschiedenen im Ulcus molle vorfindlichen Mikroorganismen in die Lymphbahnen. So lange nur pyogene Mikroorganismen überwandern, entsteht der einfache Bubo; tritt aber der pathogene Mikrococcus des Ulcus molle in die Lymphdrüsen über, so entsteht und zwar wegen der Aërobien-Eigenschaft desselben nur nach Eröffnung des Lymphdrüsenabscesses der ulceröse Bubo.

Kopp.

Nivet (4). Im Gefolge einer spontan durchgebrochenen Vereiterung der Bartholin'schen Drüse entwickelte sich bei einem 21jährigen Stubenmädchen an der inneren Fläche des kleinen Labiums ein Geschwür mit allen Charakteren des weichen Schankers. Inoculation am Arm blieb negativ.

Finger.

Ricord hat 1838 zwei Arten des Bubo unterschieden: 1. den einfach entzündlichen, wie er auch nach beliebigen Verletzungen auftreten kann; 2. den chancrösen Bubo, den Fournier als „Lymphdrüsenschanker" bezeichnet. Ueber den Procentsatz des chancrösen unter allen Bubonen überhaupt, d. i. desjenigen Bubo, welcher durch



Inoculation einen weichen Schanker erzeugt, finden sich zwischen 75 Percent (Debauge) und 35 Percent schwankende Angaben.

Strauss kam nach einer Serie von 58 Inoculationen von Buboneneiter, die stets negativen Erfolg hatten, zu der Ansicht, dass der Bubo nie a priori chancrös ist, sondern es erst durch Infection von aussen wird.

Crivelli (5) hat aber unter strengster Antisepsis eine Reihe von Inoculationen mit positivem Erfolge gemacht. Es entwickelten sich nach der Einimpfung des Buboneneiters auf den Arm nach längstens 5 Tagen richtige weiche oft sehr ausgedehnte Schanker, bei welchen auffallender Weise fast nie Drüsenschwellung auftrat. Auch Ducastel, Humbert und Fournier ist die Erzeugung weicher Schanker durch Inoculation mit Buboneneiter gelungen. Die Existenz eines von vornherein virulenten Bubo ist somit bewiesen. Es geht ferner aus den verschiedenen Beobachtungsreihen hervor, dass unter allen Bubonen nur etwa 10 Percent chrancröse sind. Gärtner.

Harvey (6) empfiehlt, die Haut über der geschwellten, aber noch nicht eiternden Drüse durch Aetherzerstäubung zu anästhesiren und in die einzelnen, genau fixirten Drüsen 20 — 30 Tropfen einer 15percentigen Carbollösung zu injiciren. Eine einzige Einspritzung genügt oft zur Heilung, ohne dass Pat. seine Beschäftigung zu unterbrechen braucht. Finger.

Hoffa (7) (Fortschritte der Medicin, 1886, p. 75) bestätigt in dem ersten Capitel die Resultate von Rosenbach, Fedor Krause, Passet, Garré bezüglich des Vorkommens von Coccen in heissen Abscessen. Speciell fand er in fünfunddreissig Fällen von Bubonen nur Staphylococcen und zwar St. aureus, albus und citreus. Im Allgemeinen scheint es ihm, dass bei rascher, local bleibender Eiterung die Staphylococcen, bei langsameren, kriechenden Processen die Streptococcen vorherrschen. Bezüglich der kalten Abscesse hebt Verf. hervor, dass das negative Resultat der Züchtung unter Umständen sicher für Tuberculose spricht. [Eine Annahme, die nach den neuesten Mittheilungen von Garré (Deutsche medicinische Wochenschrift, August 1886) sehr wohl gerechtfertigt ist, falls Rotz und Actinomykose ausgeschlossen werden können. Ref.] In 2 Fällen von Leistenbubonen bei florider Gonorrhöe fand Verf. Staphylococcus aureus und albus, in einem Fall von eitriger Kniegelenksentzündung bei chronischer Gonorrhöe Staphylococcus aureus. Er glaubt daher,



dass nicht sowohl die Gonococcen, als vielmehr die Staphylococcen als Ursache obiger Complicationen der Gonorrhöe zu betrachten sind. Verf. konnte ferner (2. Capitel) bei einer unter einem Erysipel entstehenden eitrigen Kniegelenksentzündung den Fehleisen'schen Coccus züchten und durch Uebertragung auf Thiere mit demselben Erysipel erzeugen, widerlegt somit die Ansicht Rosenbach's, dass der Eiterkettencoccus die Ursache derartiger Gelenksentzündungen sei. Das von Rosenbach als specifisch für das Erysipel angenommene farnkrautähnliche Wachsthum in der Gelatine fand Verf. auch bei Staphylococcus pyrog. cereus und aureus und bei Friedländer's Pneumonie und hält es für ein Kunstprodukt, nämlich für eine Austrocknungserscheinung der Gelatine. Karl Herxheimer.

Ohne in eine Discussion über den von Finger aufgestellten Satz: „der weiche Schanker sei als das Produkt der Ueberimpfung von irritirendem Eiter auf genügend irritable Haut- und Schleimhautstellen anzusehen", einzugehen, theilt Tommasoli (8) einen Fall mit, der zu Gunsten dieser Theorie spricht. Es handelte sich um einen Patienten, der von Infection frei und als Arbeiter in den Maremmen ausser Gelegenheit zu neuer Infection zunächst eine Balanitis acquirirte, auf deren Boden sich Condylomata acuminata entwickelten. Aus Zerfall dieser Condylomata acuminata im Sulcus coronarius entwickelten sich Geschwürchen, die weichen Schankern im Aussehen gleich, auch inoculabeln Eiter producirten und zur Entstehung neuer ihnen ähnlicher Geschwüre an der Glans Veranlassung gaben.

Finger.

## Syphilis.

### a) Primäraffecte, Haut und Schleimhaut.

1. **Declercq.** Das „Syphilom chancriforme" der Geschlechtstheile. — Thèse, Lille, 1886.
2. **Lancereaux.** Syphilis, durch Katheterismus der Eustach'schen Ohrtrompete übertragen. — Union médicale 1886, 23. März.
3. **Meneault.** Syphilitischer Schanker der Leiste, Phagedänismus. — Ann. de Derm. et de Syphil. 1886, 7, 8.
4. **Tomaschewsky.** Drei Fälle von primärer syphilitischer Induration der Tonsillen. — Wr. med. Presse. 1886, 30 u. ff.
5. **Breitenstein.** Die Syphilis in der holländisch-indischen Armee. — Berl. klin. Wochenschr. 1886, Nr. 4.
6. **Andronico.** Ueber das syphilitische Fieber. — Lo Sperimentale, 1886. p. 628.
7. **Comby.** Rhachitisme et Syphilis. — Progrès médical 1886, Nr. 4, p. 67.





8. **Le Gros Clark** F. Some remarks on the venereal disease, chiefly in reference to its evolution. — The Brit. med. Journ., April 24, 1886, p. 770.
9. **Morrow** P. A. Venereal Memoranda. A Manual for the Student and Practitioner. New-York, Wood & Co. — Ref. in Monatsh. f. prakt. Derm. 1886, p. 172.
10. **Palmer** E. R. Latent syphilis — a case. — Journ. of cut. and vener. dis. 1886, p. 274.
11. **Fournier.** Die gerichtlich-medicinische Expertise bezüglich der Uebertragung der Syphilis vom Säugling auf die Amme. — Gaz. d. hôpit. 1885, 67, 72, 75. Archiv f. Kinderheilkunde. VII. Bd. III. Heft. Med.-chir. R.
12. **Elsenberg.** Beitrag zur syphilitischen Erkrankung der Corpora cavernosa penis. — Wr. med. Wochenschr. 1886, 29, 30.
13. **Hamonic.** Die Leucoplacia buccalis und ihr Zusammenhang mit der Syphilis. — Ann. med.-chir. 1886, Juli.
14. **Humbert.** Rétrécissement syph. de l'urèthre. Société de Chirurgie. — Progrès médical 1886, Nr. 17, p. 360.
15. **Lewin.** Gesellschaft der Charité-Aerzte in Berlin. — Berl. klin. Wochenschr. 1886, Nr. 10.
16. **Verneuil.** Syphilitische Gummen des Randes der Analapertur. — Gaz. des hôpit. 1886. März.
17. **Purjesz.** Breite Condylome im äusseren Gehörgange. — Pest. med.-chir. Presse. 1886, 9. — Med.-chir. R. 1886, p. 259.

Declercq (1) macht uns zunächst mit Leloir's Ansicht über das Syphilom überhaupt bekannt. Leloir sieht dasselbe sowohl histiologisch, als klinisch, als seinem Verlaufe nach als etwas Specifisches, nur durch die syphilitische Diathese Producirtes an. Die Eintheilung des Verlaufes der Lues in drei Stadien acceptirt L. nicht, nachdem diese Eintheilung nicht Rücksicht nimmt auf die Identität des Syphiloms in allen diesen Perioden und der Thatsache nicht Rechnung trägt, dass oberflächliche, resolutive Veränderungen auch spät, zerfallende früh auftreten können. Es lehrt ja die Erfahrung, dass sogenannte Secundärerscheinungen nicht zur Resorption führen und mit den frühen Erscheinungen gleichzeitig auch zerfallende Formen auftreten, weiters auch secundäre Erscheinungen selbst zerfallen, in der tertiären Periode aber mit und neben Gummen zugleich sich auch resolutive Erscheinungen bilden können. Dementsprechend theilt L. das Syphilom in ein resolutives und nicht resolutives ein. Der Typus des ersten ist die Papel, des zweiten das Gumma. D. führt nun aus,



wie sehr das Hautsyphilom, obwohl histiologisch und klinisch Eines, doch dem äusseren nach variirt, was in seinem Sitz, Grösse, concommittirenden Erscheinungen gelegen ist. Diese Polymorphie ist so gross, dass sie die verschiedensten nicht syphilitischen Erscheinungen (Lichen, Psoriasis, Acne, Ecthyma) vortäuschen kann und auch syphilitische Erscheinungen anderer Phasen vortäuscht. So können spätsyphilitische Erscheinungen auch den Schanker vortäuschen und so zu einem „Syphilom chancriforme“ werden. Dieses selbst theilt nun D. in ein frühes und spätes (hatif et tardif) ein und je nach Verlauf in ein resolutives und nicht resolutives. D. bespricht nun die äusseren und inneren Ursachen der Entstehung des Syphilom chancriforme, dessen Differentialdiagnose gegenüber Initialaffect und Gumma, dessen Bedeutung als Vorläufer zu erwartender Recidive, dessen Infectionsfähigkeit, die in frühen Formen dem Schanker, in späten dem Gumma gleicht.

Lancereaux (2) theilt einen Fall papulösen Syphilids bei einem 53jährigen, kräftigen Manne mit, bei dem alle Anzeichen dafür sprachen, dass die Uebertragung durch Katheterisiren der Eustach'schen Röhre entstand. Pat., bei dem der Initialaffect fehlt, wurde wegen Schwerhörigkeit am 13. September 1885 katheterisirt. Bei der zweiten Untersuchung im November 1885 entleerte sich blutig eitrige Flüssigkeit, wohl von dem bei der ersten Untersuchung übertragenen Schanker herrührend. 16. December erfolgte der Ausbruch der Allgemein-Symptome.

Mencault (3). Aus einer kleinen Excoriation entwickelte sich bei einem 28jährigen Bahnbediensteten im linken Leistenbuge ein Geschwür, welches an Grösse immer mehr zunahm, und sich bei der Untersuchung als eine Wunde von 12 Ctm. Länge, 3 Ctm. Breite, mit speckigem Grunde, buchtig unregelmässigem, trockenem Rande präsentirte, die deutliche Pergamentinduration der Basis darbot, von Zeichen allgemeiner, secundärer Syphilis gefolgt war, aber in Folge ihrer Ausbreitung und Localisation leicht für einen phagedänischen Bubo hätte imponiren können.

Tomaschewsky (4). Ausführliche Mittheilung dreier Fälle von Syphilis innocentium, bei denen die Syphilis durch die Tonsille ihren Eingang fand. I. Beobachtung betrifft eine $15^1/_2$ Jahre alte Virgo, die neben Roseola und Drüsentumoren eine wallnussgrosse Vergrösserung der rechten Tonsille, und auf der vorderen, inneren Seite derselben eine flache, grau belegte Ulceration darbietet, neben der sich einige Papeln zeigen, Betasten der schmerzlosen Tonsille ergibt knorpelige Consistenz derselben. Die Cervicaldrüsen, Submaxillar-, Submentaldrüsen, besonders links bedeutend geschwellt. II. Beobachtung ergibt analoge Veränderungen an der rechten Tonsille bei





einem Kanonier, der an ausgebreiteter secundärer Lues leidet. III. Beobachtung gleicht den beiden vorhergehenden. Verf. bespricht nun die Diagnose, Differentialdiagnose, Verlauf des Initialaffectes und der Adenitis ohne aber neue Gesichtspunkte zu geben. Ueber die Art der Infection lässt sich nichts eruiren. Finger.

Breitenstein (5). Der indische Archipel ist nicht etwa als die Heimatsstätte der Syphilis anzusehen, sondern dort hält das Vordringen der Syphilis gleichen Schritt mit dem weiteren Umsichgreifen der europäischen Civilisation. Hauptsächlich sind es die eingewanderten Europäer, die an Syphilis und venerischen Krankheiten leiden, während die eingeborenen Mohamedaner durch die Circumcision einen grossen Vorzug haben. So erkrankten 1882 an Syphilis 6·4 Perc. Europäer und nur 1·9 Perc. Eingeborene, an venerischen Krankheiten 44 Perc. Europäer und nur 24 Perc. Eingeborene. Am grössten ist die Zahl der Geschlechtskrankheiten auf der Insel Java. Im Innern des Landes findet man wenig, resp. keine Syphilis, die Hauptstätten der Seuche sind die Küstenbezirke. Karl Herxheimer.

Andronico (6) beobachtete bei einigen hereditär-syphilitischen Kindern im siebenten oder achten Monate das Auftreten eines atypischen, intermittirenden „essentiellen specifischen" Fiebers, das allein genügt, bei dem schwächlichen Organismus letalen Ausgang hervorzurufen. In einem Falle insbesondere litt ein neun Monate altes Kind, das an typisch syphilitischen Erscheinungen erkrankte, durch zwölf Tage an intermittirendem Fieber, Milzschwellung und Anämie, Erscheinungen, die gegen Eisen und Chinin refractär auf antisyphilitische Therapie heilten. Finger.

Comby (7) wendet sich gegen die von Parrot 1880 ausgesprochene Anschauung, dass die Rhachitis stets durch hereditäre Lues verursacht sei. Parrot unterscheidet drei Formen von pathologischen Veränderungen des Knochensystems, welche er als pathognomonisch für hereditäre Lues betrachtet: 1. Wahre Osteophytenbildung, oft mit gleichzeitiger Ablagerung von Kalksalzen in der Knorpelsubstanz in der Nähe der Epiphysen verbunden; 2. die sogenannte „Atrophie gelatiniforme", welche zu Pseudoparalysis syphilitica führen kann; 3. Bildung von „spongoïdem" Gewebe. Für die beiden ersten Typen lässt sich der Causalnexus mit hereditärer Lues leicht nachweisen. Die dritte Form unterscheidet sich nur durch die Zeit des Auftretens, nicht durch ihr Wesen und ihren Ursprung von 1 und 2. Man findet genau dieselben Knochenveränderungen, wie bei der tertiären Syphilis. Parrot berücksichtigt nur den anatomischen Befund und vernachlässigt die klinische Beobachtung. C. glaubt, dass die Lues nicht mehr als irgend welche andere mit Ernährungsstörungen einhergehende Krankheiten (Masern, Keuchhusten etc.) für die Rhachitis ätiologische Bedeutung hat. (Diese Ansicht C.'s wird auch von Henoch vertreten. Ref.) Als weiteren



Beweis führt C. einen von ihm beobachteten Fall an, in dem die Eltern eines an typischer Rhachitis leidenden Kindes später mit Lues inficirt wurden.

Gärtner.

Le Gros Clark (8) bespricht mehrere Fragen, welche sich auf die Entwickelung der venerischen Krankheiten oder, wie der Autor sagt: Krankheit, beziehen. Seine Auseinandersetzungen schliessen sich an die Doctrinen seines Lehrers Travers an. Nach Travers' Anschauung kann eine entzündliche Leucorrhöe eitrige Augenentzündungen bei neugeborenen Kindern, ja sogar einen eitrigen Ausfluss aus der männlichen Harnröhre hervorrufen. Die specifische Natur der gonorrhoischen Augenentzündungen ist nach der Meinung des Autors zum Mindesten zweifelhaft. Was die Entstehung eines venerischen Geschwüres betrifft, so glaubt Travers, dass die Uebertragung und Zurückhaltung gonorrhoischer Materien auf eine Excoriation der Eichel oder Vorhaut genügt, um ein solches hervorzubringen. Wird das Secret eines solchen Geschwüres absorbirt, so tritt Allgemeininfection ein, welche sich in Form von milden secundären Symptomen offenbart, die hauptsächlich den Kehlkopf, die Haut, zuweilen auch die Gelenke betreffen. Diese Symptome nennt Travers constitutionelle Symptome der ersten Ordnung. Die in höherem Grade virulente Form des primären Geschwüres — das tiefgreifende Geschwür mit indurirter Peripherie — betrachtet Travers als ein constitutionelles Geschwür, als das Produkt eines mit dem Gift schon imprägnirten Organismus. Ein grosses Gewicht legt Travers auf die individuelle Empfänglichkeit. Auch glaubt er, dass das Gift erst, nachdem es unter günstigen Umständen mehrere Organismen passirt hat, das Maximum seiner Intensität erreicht. Wir ersehen aus dem Vorhergehenden, dass der Gewährsmann unseres Autors auf einem ähnlichen Standpunkt steht, wie seiner Zeit der berühmte John Hunter, welcher die Gonorrhöe und die Syphilis als Modificationen ein und desselben Giftes auffasst. L. G. C. glaubt, dass eine directe Beziehung zwischen der Länge der Incubation und der Virulenz des Giftes besteht. Oberflächliche Geschwüre können ohne Allgemeinbehandlung und ohne Folgeerscheinungen heilen, andere oberflächliche Geschwüre erscheinen nach verschiedener Incubationsdauer und können, obwohl sie die speciellen Kennzeichen des Schankers, nämlich Induration und um sich fressende Geschwürsbildung (exedent ulceration) nicht zeigen, doch milde secundäre Symptome nach sich ziehen. In die III. Classe gehört der wahre Schanker mit längerer Incubationsperiode und schweren secundären Erscheinungen. Weiter glaubt der Autor, dass secundäre Symptome zuweilen ohne jede vorausgegangene primäre Erkrankung, es sei denn Gonorrhöe auftreten können. Da er selbst Schanker der Harnröhre noch nicht beobachtet hat, so glaubt er eine bessere Erklärung in der Annahme einer specifischen Urethritis zu finden. Am Schluss bespricht der Autor die Abschwächung des syphilitischen Virus, welche sich in dem selteneren Auftreten von Rupiaformen zeigt, sowie die relative Seltenheit phagedänischer Geschwüre im Vergleich zu früher.

Nega.



Morrow (9). Aus dem Referate Jackson's sei nur Folgendes hervorgehoben. M. hält den bacillären Ursprung der venerischen Erkrankungen noch für eine offene Frage. Klinisch ist eine Unterscheidung der virulenten, specifischen von der nichtvirulenten Urethritis unmöglich. Gegen Chorda werden 2—4percentige Cocainlösungen empfohlen. — Beim weichen Schanker sind Excision und Cauterisation im Allgemeinen nicht anzuwenden, letztere nur bei günstigem Sitze ganz frischer Schanker und bei Tendenz zur Gangrän. — Die Sklerose ist das Zeichen und nicht die Quelle der Syphilis, die Excision derselben ist nicht empfehlenswerth. Die Antispecifica sind nur während des Bestehens florider Symptome zu geben. Ein Syphilitischer darf frühestens 3—4 Jahre nach der Infection heirathen.

Palmer (10) berichtet über einen Kranken, bei dem die Syphilis angeblich drei Jahre latent blieb und erst zu dieser Zeit durch Infection der Frau kurz nach der Hochzeit manifest wurde. (Die Beobachtung ist in mehrfacher Beziehung unvollständig und daher belanglos, so — um nur dies eine hervorzuheben — sah P. den Kranken zuerst, als mehr als zwei Monate nach dem Auftreten des Primäraffectes verflossen waren. Ref.).

Lesser.

Fournier (11) gibt Rathschläge, wie man sich als Experte bei Entscheidung der so heiklen Frage, ob eine Amme von dem von ihr gestillten Säugling inficirt worden ist, zu verhalten hat. Der erste Theil der Untersuchung bezieht sich auf die Amme; hier sind fünf Punkte zu entscheiden: 1. Ist die Amme überhaupt mit Syphilis behaftet oder nicht? Einfache Sache der Diagnostik. 2. Stammt die Syphilis der Amme von einem Schanker an der Brust (was durch Untersuchung der Brust und Achselhöhle zu constatiren ist), wobei wieder drei Fälle vorkommen können: a) der Schanker ist florid; b) er ist abgeheilt, hat aber Spuren hinterlassen; c) er ist abgeheilt ohne Spuren. In den ersten beiden Fällen ist alles sich Vorfindende präcis zu beschreiben, im letzteren Falle ist einfach zu sagen, dass sich keine Spur eines Schankers vorfindet. 3. Stammt die Syphilis der Amme ausschliesslich von einem Schanker an der Brust? Es sind alle Körperregionen zu untersuchen, die Sitz eines Schankers sein könnten, und wird nirgend wo etwas gefunden, so ist dies im Parere wohl zu betonen. 4. Ist die Syphilis der Amme in chronologischem Zusammenhange, was die Zeit der Invasion betrifft, mit dem Zeitpunkte, wo sie das Kind gestillt hat, welches sie beschuldigt? Es ist hierbei zu berücksichtigen, dass die Incubation der Primäraffection zwischen 15 und 40 Tagen, und jene der secundären Erscheinungen zwischen 40 und 45 Tagen beträgt, so dass das Minimum für das Auftreten der letzteren 15 + 40 Tage von dem Datum der Ansteckung sein müsse. Es ist daher Aufgabe des Experten, womöglich das Alter der Syphilis der Amme festzustellen. 5. War die Amme sicher frei von Syphilis zur Zeit als sie begann, das Kind zu nähren? Man muss trachten, dies aus dem ärztlichen Zeugnisse, bei der Aufnahme der Amme, ferner aus der



Untersuchung ihres oder ihrer Kinder, eventuell ihres Mannes herauszubringen. — Der zweite Theil der Expertise betrifft den Säugling. In dem Falle, als derselbe überhaupt am Leben ist und die Eltern dessen Untersuchung zulassen, sind zunächst anamnestische Daten von den Eltern zu erheben. Bei der Untersuchung selbst sind folgende zwei Hauptpunkte zu berücksichtigen: 1. Ist das Kind mit Syphilis behaftet oder nicht und 2. wenn ja, welcher Art ist diese Syphilis, ist sie eine Syphilis hereditaria oder acquisita? In ersterem Falle liegt die Sache einfach: Hat das Kind Syphilis hereditaria und hat man bei der Amme ebenfalls Syphilis, ausgehend von einer Primäraffection an der Brust, constatirt, so ist die Frage erledigt; nach aller rationeller wissenschaftlicher Wahrscheinlichkeit stammt die Syphilis der Amme vom Säuglinge, dessen Syphilis wieder von den Eltern, es sind also diese der Amme gegenüber verantwortlich. Ganz anders gestaltet sich die Sache, wenn beim Säuglinge eine Syphilis acquisita gefunden wird, die von einem Schanker ihren Ausgang genommen hat. Da kann sich der Experte nicht darauf einlassen, allen Möglichkeiten nachzuspüren, durch welche das Kind inficirt sein könnte, sondern muss sich begnügen sein Augenmerk auf die Frage zu richten: Sind Anhaltspunkte vorhanden, dass die Syphilis der Amme von dieser Syphilis des Kindes stammt? Die Constatirung des oben erwähnten ersten Punktes, ob das Kind überhaupt Syphilis hat oder nicht, beruht einfach auf genauer klinischer Untersuchung desselben. Die Entscheidung über den zweiten Punkt, ob es sich um hereditäre oder acquirirte Syphilis handelt, ist Aufgabe der Differentialdiagnostik. Als Anhaltspunkte können hierbei folgende drei Erwägungen dienen: a) Bei acquirirter Syphilis muss ein Schanker als Initial-Affection vorhanden sein oder gewesen sein, bei hereditärer Syphilis fehlt derselbe. b) Die Entwickelung der Symptome ist eine wesentlich verschiedene bei der hereditären und bei der acquirirten Syphilis des Kindes, wie hinreichend bekannt. Ebenso ist es klar, dass wenn allgemeine syphilitische Erscheinungen beim Kinde im Laufe der ersten 7 bis 8 Wochen aufgetreten sind, diese für hereditäre Syphilis sprechen, da die acquirirte ihre ersten constitutionellen Erscheinungen nicht vor Ende des zweiten Monates machen kann. c) Die hereditäre Syphilis unterscheidet sich auch durch eigene Physiognomie sowie durch ihren Verlauf auffallend von der acquirirten. Diese drei Hauptmomente werden dazu dienen, die Differentialdiagnose mit Sicherheit festzustellen.

Elsenberg (12) berichtet über einen Fall von Cavernitis syphilitica, die zu Priapismus geführt hatte. Das dieselbe constituirende Infiltrat war theilweise erweicht, durchgebrochen und bildete drei Geschwüre, am Orificium urethrae, dem Sulcus coronarius, an der Unterfläche des Penis, deren letztes bereits in die Urethra perforirt war, eine Fistel bildete. Innerhalb der Corpora cavernosa bildete das Infiltrat völlig hinreichende Knoten. Es wurde die Amputation des erkrankten Theiles des Penis vorgenommen. Die



Wunde heilte rasch. Die Untersuchung ergab an den am meisten erkrankten Theilen Ausfüllung der ganzen Corpora cavernosa mit einer gelblichgrauen derben Masse, die sonst auch in Form von Körnchen im Gewebe auftritt. Mikroskopische Untersuchung zeigt, dass diese Verhärtung vorwiegend aus zellreichem Bindegewebe besteht, dessen Neubildung von der Albuginea ausgeht. Auch das Septum und die Trabekeln erscheinen verdickt, zellreich, wie sich auch die Verdichtung durch Spalten mit eingelagerten Endothelien als aus Trabekeln entstanden zeigt. Die recenteren Infiltrate des Corpus cavernosum sind dagegen aus Rundzellenwucherung gebildet, die zahlreiche Riesenzellen führen. Die gleichen Infiltrate fanden sich auch in der infiltrirten Haut und im subcutanen Gewebe theilweise in Knotenform. Diese Veränderungen sind als Beginn des Processes aufzufassen, dessen Ausgang schwielige Degeneration bildet.

Hamonic (13) unterscheidet eine Reihe von Formen dieser Affection, die bald localisirt, bald ausgedehnt, bald stationär, bald rasch um sich greifend, verschiedenen ätiologischen Momenten, so Tabak, Mund- und Zahnkrankheiten, dem Arthritismus, der Syphilis ihren Ursprung verdanken. Die syphilitische Leukoplakie ist eine Erkrankung des Jünglings und reiferen Alters, bei Männern häufiger, erscheint in verschiedenen Phasen der Syphilis. Bald frühzeitig im Verein mit Syphiliden der Mundschleimhaut, durch deren Reiz bedingt, bald spät und vereinzelt, ist auch nach langem Bestande durch Hg heilbar. Verf. theilt nun vier Fälle dieser beiden Kategorien mit. Die syphilitische Leukoplakie ist von den anderen Formen klinisch nicht zu unterscheiden, nur die Anamnese und der Erfolg einer Hg-Cur geben die Entscheidung. Finger.

Humbert (14) erwähnt eine von Santis beobachtete syphilitische Verengerung der Urethra; er bezweifelt die syphilitische Natur der Verengerung. — Bouilly hat eine Strictur in Folge von Gumma perinei gesehen; auf Jodkali Heilung. Gärtner.

Unter den von Lewin (15) vorgestellten Fällen wollen wir als die interessantesten folgende hervorheben: 1. Ein Silberarbeiter bekommt von seiner jetzigen Beschäftigung an der Stelle eines Fingers, wo er sich geschnitten hatte, eine indigoblaue Hautpigmentirung. Keine genügende Aufklärung. 2. Ein früher luetisch gewesener Mann bekommt an der Wange ein wenig charakteristisches Geschwür, als dessen Ursache sowohl Lues als Tuberculose allein ausgeschlossen werden muss. L. hält es für ein Mischsymptom beider Krankheiten. Karl Herxheimer.

Im Gegensatz zur häufigen Localisation der Gummen im Rectum, sind solche am Rande des Anus selten. Verneuil (16) führt vier diesbezügliche Beobachtungen (drei Männer, ein Weib) an, die



alle zunächst theils diffuse, theils circumscripte Verhärtungen des Randes der Analapertur darboten, die erweichten, zerfielen, typische gummöse Geschwüre und Fisteln bildeten. Finger.

Diese ungemein seltene Localisation breiter Condylome sah Purjesz (17) unter 934 syphilitischen Individuen nur 1 Mal. Bei einer 23jährigen Nätherin entwickelte sich $2^1/_2$ Monate nach einer Erosion am linken Labium majus, und während gleichzeitig ein papulöses Exanthem bestand, eitriger Ausfluss aus beiden Ohren, sie klagte, dass sie die Sprache dumpf vernehme und Schmerzen empfinde. Es zeigten sich beiderseits im äusseren Gehörgange nässende, stellenweise exulcerirende Erhabenheiten, die den Gehörgang stark verengten. Secret mässig. Hörvermögen beiderseits ein wenig beeinträchtigt. Unter Hg-Einreibungen und localer Lapis-Anwendung schwanden die Condylome in drei Wochen vollständig. Das Hörvermögen war wieder normal.

## Syphilis.

### b) Knochen, Nervensystem, Sinnesorgane, Vererbung.

1. **Prévost.** Beitrag zum Studium der Knochensyphilis. Spontanfractur der langen Röhrenknochen bei Syphilitischen. — Thèse. Lille, 1886.
2. **Potherat.** Nécrose syphilitique de la clavicule. — Société anatomique. Progrès médical Nr. 9, p. 178.
3. **Bruen.** Bemerkungen über Lungensyphilis. — Medical News. 1886, p. 317.
4. **Galliard** L. Syphilis gastrique et ulcère simple de l' estomac. — Arch. générales de Médecine. 1886. p. 66.
5. **Szadek.** Zur Casuistik der syphilitischen Erkrankung des Nebenhodens. — Centralbl. f. Chir. 1886, p. 78.
6. **Weydner.** Ein Fall von allgemeiner Syphilis. — Münchn. med. Wochenschr. 1886, Nr. 30.
7. **Discussion** über den Litten'schen Vortrag: Zur Anatomie der Hirnsyphilis. Gesellschaft der Charité-Aerzte in Berlin. — Berl. klin. Wochenschr. 1886, Nr. 16.
8. **Luys** J. Des Syphilomes de l' encéphale. — L' Encéphale. 1886, 1.
9. **Oppenheim.** Ueber einen Fall von gummöser Erkrankung des Chiasma nervorum opticorum. (Aus der Nervenklinik der Charité, Prof. Westphal.) — Virch. Arch. Bd. 104, S. 306.
10. **Rosenthal.** Ueber Hirnsyphilis und deren Localisation. — Deutsches Arch. f. klin. Medic. Bd. 38, S. 263.
11. **Haab.** Ophthalmoskopische Beobachtung der Arteriitis syphilitica. Aus der Gesellschaft der Aerzte in Zürich, Correspondbl. f. schweiz. Aerzte, 1886, 6. — Med.-chir. R. 1886, p. 339.



12. **Baker** Arthur und **Story** John (Dublin). Syphilis hereditaria. Rückbildung der Zähne und diffuse interstitielle Keratitis. — Ophtalmic review. Bd. IV, Nr. 49.
13. **Clutton.** Symmetrische Synovitis der Knie bei hereditärer Syphilis. — Lancet, 1886, p. 391.
14. **Keyes.** Case of acquired (nicht hereditäre) syphilis. — Journ. of cut. and vener. dis. 1886, p. 22.
15. **Meyer.** Ein Beitrag zur Diagnose der Hepatitis interstitialis syphilitica bei Neugeborenen und Säuglingen. — Berl. klin. Wochenschr. 1886. Nr. 16.
16. **Cortella** Luigi. Contribuzione clinica alla casuistica della sifilide ereditaria tardiva. — Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1886. 4.
17. **Andronico.** Contributo allo studio della sifilide emorragica dei neonati. — Arch. di Patol. infantile Anno 4. Fasc. 4. Giorn. delle mal. ven. e della pelle. 1886, 4.
18. **De Luca.** Sifilide emorragica dei neonati. — Ibidem.
19. **Busch.** Ueber die Entstehung der Erosionen an den Kronen der Zähne. Deutsche med. Wochenschr. 1886, p. 26.

Prévost (1). Diese unter Leloir's Leitung geschriebene These macht es sich zur Aufgabe, den Einfluss der Syphilis auf das Zustandekommen der Spontanfracturen und die Art deren Zustandekommens zu studiren. Auf Grund literarischer und anatomischer Studien kommt Verf. zur Ueberzeugung, dass es sich stets und einzig um örtliche Syphilisprocesse handle. schliesst insbesondere die Einwirkung des Hg und eine allgemeine Brüchigkeit der Knochen ohne Veränderung ihrer Structur aus. Finger.

Potherat (2) beschreibt einen Fall von Nekrose der rechten Clavicula. — Bei auf Tuberculose gestellter Diagnose subperiostale Resection des ganzen Schlüsselbeins bis auf ein 3 Ctm. langes Stück der Extremitas sternoclavicularis. — Der anatomische Befund schloss Tuberculose aus und sprach für vorausgegangene Lues, eine Annahme, die jetzt auch durch die Anamnese — Patient hatte vorher die Infection geleugnet — bestätigt wurde. Er hatte vor neun Jahren Ulcus durum frenuli, Roseola u. s. f. gehabt.

Gärtner.

Bruen (3) bespricht zunächst die Literatur, dann einen Fall eigener Erfahrung, eine Verdickung des rechten oberen Lungenlappens gleichzeitig mit syphilitischen Secundärerscheinungen und Periostitiden betreffend. bespricht sodann den Sitz, dem er keine diagnostische Bedeutung zuschreibt. endlich die Symptomatologie. Die ersten Erscheinungen sind stets die einer Laryngitis und Bronchitis, hierauf Athemnoth, Schmerz zwischen den Schulterblättern, Oppressionsgefühl, schweres, „asthmatisches" Athmen. rauhe, heisere Stimme, Aphonie, trockener, rauher in Paroxysmen auftretender Husten; auscultatorische und percutorische Erscheinungen geben keinen



diagnostischen Ausschlag, wohl aber das Fehlen der Tuberkelbacillen im Sputum und periosteale Schwellungen der Clavicula, Rippen, Tibien.

Finger.

Galliard (4) führt eine Reihe klinisch beobachteter Fälle von Syphilis des Magens, sowie autoptische Befunde von unzweifelhaft gummösen Tumoren (Klebs, Cornil) in demselben an. — Er spricht dann über im Magen Syphilitischer gefundene Narben, lässt aber unentschieden, ob sie als Residuen eines specifischen Processes aufzufassen sind oder nicht. Die Lues kann an und für sich durch in der secundären Periode auftretenden Magenkatarrh (Galliard, Thèse de Paris 1882) sowie durch syphilitische Arteriitis Läsionen verursachen, welche zu Magenulcus prädisponiren. G. stellt schliesslich folgende Sätze auf: 1. Es gibt eine Magensyphilis, wie aus klinischen Beobachtungen und unzweifelhaften anatomischen Befunden hervorgeht. 2. Vielleicht ist sie häufiger, als bisher angenommen wurde. 3. Bei näherem Studium gewisser als „simplicia“ bezeichneter bei Syphilitischen auftretender Ulcera des Magens wird man vielleicht den pathogenen Einfluss der Syphilis, oder besser gesagt das Pathognomonische der ulcerösen Magensyphilide feststellen können. 4. Es würde sich daraus eine erfolgreiche specifische Behandlung dieser Magenaffectionen ergeben. Gärtner.

An der Hand von fünf Krankengeschichten weist Szadek (5) darauf hin, dass die specif. Erkrankungen der Nebenhoden im condylomatösen Stadium der Syphilis einen ernsten und schweren Verlauf des allgemeinen Krankheitsprocesses erwarten lassen. Der Zeitraum zwischen Ansteckung und Nebenhodenerkrankung schwankte zwischen vier und zwölf Monaten. Rückbildung des Krankheitsprocesses unter specifischer Behandlung.

Weydner (6) gibt den Sectionsbericht — ohne Krankengeschichte — eines Falles von veralteter Lues mit hochgradigen tertiären Erscheinungen in vielen Organen. Nachweis von Syphilisbacillen in Lebergummen. Gleichzeitig amyloide Degeneration in Leber, Milz und Nierenzerstörungen in den Wirbelkörpern und Rippen. Tod durch allgemeine Cachexie. Kopp.

Discussion über den Litten'schen Vortrag. Lewin kann die Ansicht von Heubner (7) nicht theilen, dass der pathologische Process bei der syphilitischen Erkrankung der Basisgefässe zwischen Intima und Fenestrata beginnt, sondern glaubt, dass zuerst Adventitia und Media betroffen werden. Mit Heubner glaubt der Vortragende an eine anatomisch wohl charakterisirte specifisch luetische Endarteriitis, und zwar wegen des Auftretens von eigenthümlichen Riesenzellen. Diese luetische Endarteriitis, die übrigens auch im Larynx vorkommt, geht in Verkäsung und fibröse Gewebe, nie in Verfettung und Verkalkung über. Karl Herxheimer.



Luys (8) glaubt, dass sich die Gummata des Gehirns aus ganz feinen sclerotischen Affectionen, die besonders gern im Bulbus und pons sich finden, entwickeln; in einem Falle hat er sogar alle Abstufungen von jenem ersten Beginne bis zum Gumma gleichzeitig vorgefunden. Die Verdickungen lassen sich besser fühlen, als sehen. Rich. Kohn.

Oppenheim (9) beschreibt einen klinisch und anatomisch sorgfältig untersuchten Fall von Hirnsyphilis, bei dem die intra vitam gestellte Diagnose durch die Section bestätigt werden konnte. Es handelte sich um eine 31jährige mit einem luetisch inficirt gewesenen Manne neun Jahre verheirathet gewesene Frau, die mit Kopfschmerz, Erbrechen, Polydipsie und Polyurie erkrankte. Ferner wurde Hemianopsia bitemporalis constatirt. Alle Symptome, auch die Gesichtsfeldstörungen, zeichneten sich durch die für Lues cerebri charakteristischen Schwankungen im Auftreten und Intensität aus. Weitere Symptome traten erst kurz vor dem Exitus ein, nämlich linksseitige Hemiparese und Lähmungen im Bereiche beider Oculomotorii. Die Section ergab ein Gummi in der Gegend des Chiasma, frischere Erkrankungen der Tractus optici und der Oculomotorii, ferner Erweichungsherde im Linsenkern und der äusseren Kapsel der rechten Seite. Zum Schluss hebt Verfasser die Seltenheit der in der Literatur verzeichneten Fälle von Hemianopsia bitemporalis hervor, in denen, wie in dem seinen, eine Aufklärung durch die Section gegeben werden konnte.

Rosenthal (10). Die Hirnsyphilis eignet sich besonders zum Studium der Localisation cerebraler Erkrankungen. Drei Fälle, einer vom Verfasser selbst beobachteter und zwei solche aus der Sigmund'schen Klinik, thun die motorische Belanglosigkeit der Stirnregion dar. Dass mit Läsion der Centralwindungen die dort befindlichen motorischen und sensiblen Elemente untergehen, geht aus zwei Beobachtungen hervor. Von den Grosshirnganglien hat man klinisch schon längst die motorische Indifferenz des Seh- und Streifenhügels erkannt. Dem entspricht ein Fall des Verfassers, bei dem ein Gumma im ersten und zweiten Glied des linken Linsenkernes ohne Motilitätsstörungen verlief, während in einem anderen ähnlichen durch gleichzeitiges Ergriffensein der inneren Kapsel die spätere Hemiplegie erklärt werden konnte. Von nucleärer Augenmuskellähmung beobachtete Verfasser einige rein cerebrale Formen. In anderen Fällen war sie eine Begleiterscheinung der Tabes. Karl Herxheimer.

Bei einem Patienten, der an sicher nachweisbarer Syphilis litt, fand Haab (11) als Ursache einer einseitigen starken Sehstörung eine Erkrankung der Retina, die auf Arteriitis syphilitica zurückzuführen war. Vom Opticus über die Macula weg bis weit temporal rückwärts, war die graulich getrübte Netzhaut mit zahlreichen Blutungen durchsetzt. In diesem so veränderten Bezirke sah man ferner da und dort feine weisse Linien.



die den Verzweigungen einer Arterie entsprachen, welch letztere, zur Papille zurück verfolgt, zahlreiche grellweisse, schüppchenartige Fleckchen in ihrer Wandung besass. Durch Confluiren solcher Fleckchen erschien da und dort der Arterienstamm auf längere oder kürzere Strecken ganz weiss. Vollständiger oder nahezu vollständiger Verschluss schien aber erst in den Arterienzweigen stattzufinden und in dem Gebiete dieser Zweige war dann die Netzhaut in erwähnter, einem hämorrhagischen Infarct ähnlicher Weise verändert. Die antisyphilitische Behandlung hatte allmälig erhebliche Besserung zur Folge. Vortragender zeigt Abbildungen von diesem ophthalmoskopischen Befunde vor, der seines Wissens bis jetzt nicht beobachtet wurde.

Baker-Story (12) Die Keratitis parenchymat. war in 51 Percent der Fälle auf Syphilis zurückzuführen; bei Anwesenheit der von Hutchinson beschriebenen Abnormität der Zähne konnte sogar in 75 Percent der Fälle Lues nachgewiesen werden. Die Zahlen, während zwei Jahre gesammelt, sind nach der Meinung der Verfasser noch zu niedrig, wenn man in Anschlag bringt, wie schwierig oft die Lues, sowohl symptomatisch, als anamnestisch nachzuweisen ist. Die parenchymatöse Keratitis müsse also, wenn sich keine andere Thatsache auffinden lasse, antisyphilitisch behandelt werden. Rich. Kohn.

Clutton (13) verfügt über elf Fälle dieser Erkrankung, deren hauptsächliche Charakteristica die Symmetrie, Schmerzlosigkeit, lange Dauer und Localisation im Kniegelenke sind. Diese sind von Flüssigkeit erfüllt, schmerzlos, alle anderen Gelenke sind frei. In einigen Fällen war die Synovialis deutlich verdickt, in einem Falle auch Gelenksmäuse nachweisbar. Die Knochenenden boten keine Veränderung dar. Der Verlauf ist so langsam, dass sich in einigen Fällen innerhalb eines Jahres keine Veränderung im Volum des Gelenkes nachweisen liess. Nur in einem Falle war der Verlauf rascher. Alle Fälle betrafen Kinder im Alter von 8—13 Jahren, alle boten deutliche Zeichen hereditärer Syphilis, Keratitis, Hutchinson'sche Zähne, Auftreibungen der Tibia. Quecksilber und Jod brachte stets völlige Heilung.

Finger.

Keyes (14) beobachtete einen 19jährigen Kranken mit gummöser Syphilis (ein Hode war vor der Stellung der Diagnose exstirpirt) und da die Eltern und sechs Geschwister gesund waren, glaubt K., dass der Kranke die Syphilis zufällig acquirirt habe. Lesser.

Meyer (15). Ein $4^1/_2$ Monate altes atrophisches Kind mit starker Auftreibung des Abdomen, unebener und harter Oberfläche der Leber, deren unterer Rand deutlich zu fühlen ist, Vergrösserung derselben, Milztumor, starkem Icterus. Differentiell-diagnostisch kommen hauptsächlich in Betracht Amyloid- und Fettleber. Erstere besitzt eine harte und glatte Oberfläche, letztere eine glatte, ist wenig resistent und hat einen stumpfen unteren



Rand. Die syphilitische Cirrhose ist hart und uneben an der Oberfläche und hat einen scharfen unteren Rand. Sie ist demnach bei Neugebornen und Säuglingen zu diagnosticiren, wenn der scharfe untere Rand gefühlt werden kann. Karl Herxheimer.

Der von Cortella (16) aus Campana's Klinik berichtete Fall, der zweifellos viel Interesse bietet, aber keineswegs als Beweis für die Existenz einer Syphilis hereditaria tarda im Sinne Fournier's verwerthet werden darf, wies folgende vom diagnostischen Gesichtspunkte aus wichtige Manifestationen luetischer Erkrankung auf: „Multiple epiphysäre Osteochondritis, seröse Synovitis des linken Kniegelenkes, syphilitische Muskelcontracturen am Biceps beiderseits mit winkeliger Ankylose der Vorderarme, subcutane Gummata, ein tuberculo-ulceröses Syphilid, Atrophie des Lymphdrüsenapparates, diffuse interstitielle Hepatitis, wahrscheinlich auch gummöse Herde der Leber, diffuse Splenitis (Amyloid), Infantilismus und Veränderungen der Zähne." Die Patientin zeigte die Erscheinungen des sogenannten syphilitischen Fiebers, dessen Natur durch die Einförmigkeit der täglichen Wärmecurven, durch die Abwesenheit anderweitiger fiebererregender Erkrankungen, durch die lange Dauer und den mit den übrigen Erscheinungen der Syphilis conformen Verlauf erschlossen wurde. Auffallend war der Schwund des syphilitischen Fiebers, nachdem die Patientin ein heftiges Gesichtserysipel durchgemacht hatte, und zwar ohne Dazwischentreten einer antiluetischen Behandlung. Auch die bei erwachsenen hereditär-luetischen Individuen ungewöhnlichen epiphysären Läsionen, sowie die Erkrankungen der hämatopoëtischen Organe, sowie der rasche günstige Einfluss der eingeleiteten antiluetischen Therapie sind beachtenswerth. Die Behandlung war eine gemischte, Sublimatinjectionen und Jodkalium.

Andronico (17) theilt die Krankengeschichte eines in utero inficirten Kindes mit, welches schon bei der Geburt Coryza, Icterus und ein kupferrothes fleckiges Exanthem zeigte, und nach neun Tagen an intermittirenden Hämorrhagien aus dem Nabelstrange zu Grunde ging.

Der Fall de Luca's (18) betrifft ein mit Pemphigus syphiliticus behaftetes Kind (conjugale Ansteckung der Mutter vor mehreren Jahren), welches am fünften Lebenstage Petechien an den Beinen zeigte; das Exsudat in den Pemphigusblasen wurde hämorrhagisch, und schliesslich machten heftige Blutungen aus Mund- und Darmschleimhaut, sowie aus der Nabelwunde am sechzehnten Tage dem Leben des Kindes ein Ende. Kopp.

Busch (19) beschreibt ganz kurz die Erosionen der bleibenden Zähne, die Prädilection derselben für bestimmte Zähne und kommt zu dem Schluss, dass die Erosionen stets sämmtliche Zähne der gleichen Bildungszeit befallen und zwar diejenigen Zähne am häufigsten, deren Kronen sich am frühesten bilden, sie betreffen niemals mehr die Zähne der spätesten Bil-



dungszeit, also die zweiten und dritten Molaren. Angeborene Syphilis schädigt wohl die Zähne, aber hauptsächlich das Milchgebiss, die Syphilis ist nicht die Ursache der Erosionen der bleibenden Zähne. Dagegen ergibt die Anamnese, dass bei Individuen mit Erosionen in der ersten Lebenszeit Krämpfe aufgetreten waren (Eklampsie, Meningitis, Erstickungsanfälle bei Keuchhusten etc.) und hält B. diese Krämpfe für die Ursache der Erosionen. „Ja selbst ein einziger starker Krampfanfall im ersten Lebensjahre kann sich an den bleibenden Zähnen durch eine scharf ausgeprägte Furche deutlich bemerkbar machen." Lesser.

## Syphilis.

### c) Therapie.

1. **Lang.** Zur Syphilistherapie. — Wr. med. Wochenschr. 1886, 34, 35.
2. **Mauriac.** Traitement de la Syphilis tertiaire. — Semaine médicale, Nr. 33, p. 325.
3. **Neumann** I. Ueber verschiedene Behandlungsmethoden der Syphilis. Wr. med. Blätter, 1886, Nr. 33—36.
4. **Gamberini** Pietro. Il Fenato di mercurio, nuovo medicamento per la cura della sifilide. — Giorn. delle mal. ven. e della pelle. 1886, 4.
5. **Morrow.** The prognosis and treatment of syphilis. — Medic. Record, Nov. 1880, 20. Med.-chir. R. 1886, p. 300.
6. **Hutchinson** J. Influence of mercury in delaying symptoms and as an antidote in syphilis. — Journ. of cut. and ven. dis. 1886, p. 211. (Abdruck aus Brit. med. Journ.)
7. **Kirsten** Th. A. Mollin, ein neues Seifenpräparat als Vehikel für die cutane Anwendung dermatolog. Medicamente. — Monatshefte f. prakt. Derm. 1886, p. 337.
8. **Róna** S. Blutserumquecksilber (Bockhart) gegen Lues. — Monatsh. f. prakt. Derm. 1886, p. 289.
9. **Szadek.** Ueber Behandlung der Syphilis mit tiefen intramusculären Injectionen von Quecksilberpräparaten, nebst Bemerkungen über hypodermatische Syphilistherapie im Allgemeinen. — Allgem. Wr. med. Zeitg. 1886, 32—34.
10. **Watraszewski.** Syphilisbehandlung mit subcutanen Injectionen von Calomel und Quecksilberoxyd-Salzen (Polnisch). — Gazeta Lekarska Nr. 21, 1886.
11. **Smirnoff.** Entwicklung der Methode von Scarenzio. — Helsingfors, 1886.

Lang (1) macht uns mit einer neuen von ihm eingeführten und in seinen Vorlesungen bereits erwähnten Behandlungsweise bekannt. Es ist dies die Anwendung des grauen Oels zu subcutanen Injectionen. Das graue Oel, eine dickliche graue Flüssigkeit, aus Fett,



Oel und Quecksilber bestehend, hält letzteres lange Zeit in feinster Vertheilung suspendirt, wenn das Präparat an kühlem Orte aufbewahrt wird, woselbst es erstarrt aber durch die einfache Wärme der Hand wieder zu verflüssigen ist. Sterilisirung durch Kochen oder Carbolsäurezusatz zerstört die mit den Luftblasen beim Verreiben etwa hineingelangten Keime. Ein Cubikcentimeter des 20percentigen grauen Oels enthält etwa 0·23 Quecksilber, also soviel als 31 Spritzen einer 1percentigen Sublimatlösung. Zur Injection gelangen 0·1—0·15—0·3 Cubikcentimeter, und werden die Injectionen ein bis zwei Mal in der Woche angewendet. Die Injectionen werden am Rücken vorgenommen und sind von keinen Beschwerden, weder Schmerz noch Vereiterung begleitet. Ausserdem verwendet Lang das graue Oel noch zur regionären Behandlung, so besonders der Lymphdrüsen, in deren Stromgebiet er 0·01—0·02 Cubikcentimeter injicirt, und die Procedur nach acht bis vierzehn Tagen wiederholt. Ebenso hat er auch guten Erfolg bei Gummen an deren Grenze er einspritzte, beobachtet, während die Behandlung des Initialaffectes den geringsten Erfolg gab. Unter einem macht Lang auf seine in den „Vorlesungen" erwähnte Sublimat- und Calomelgaze aufmerksam; die sich ihm insbesondere bei Behandlung ulceröser Formen sehr wirksam erwies. Finger.

Bei der Behandlung der tertiären Syphilis muss man nach Mauriac (2) die vorbeugende und die heilende Wirkung der beiden Specifica des Hg und Kalium jodat. gesondert betrachten. — M. bestritt die Ansicht, dass man durch eine vom Beginne der Erkrankung an Jahre lang fortgesetzte Behandlung die tertiären Erscheinungen nicht sicher verhüten könne. Wenn schon der Einfluss der Specifica unvollständig und von kurzer Dauer ist, so dass öfters schon während der specifischen Cur schwere Erscheinungen auftreten, so werden die Specifica um so weniger auf Jahrzehnte hinaus eine sicher vorbeugende Wirkung entfalten können. M.'s Grundsätze bei der Behandlung sind folgende: 1. Gegen die Lues bestehen zwei Specifica, das JK und Hg; 2. beide Specifica haben eine ausgesprochene Heilwirkung, welche bestehende Krankheitserscheinungen rückgängig macht; ihre vorbeugende Wirkung steht der heilenden bedeutend nach; 4. die Behandlung soll sich nicht gegen die Diathese als solche bei Mangel aller Erscheinungen richten; 5. in den symptomfreien Pausen zwischen den Nachschüben muss die specifische



Behandlung ausgesetzt werden; 6. nicht aus der Diathese als solcher, sondern aus den durch die Diathese jeweils gesetzten materiellen Veränderungen ergeben sich die Indicationen für die Behandlung. Das Jod gibt M. in Fällen, die sich in der Structur, dem Zeitpunkte des Auftretens etc. als dem tertiären Symptomencomplex angehörend kennzeichnen. Ferner wendet er es bei sehr ausgedehntem oder phagedänischem Primäraffect, sowie bei den Störungen des Allgemeinbefindens in der secundären Periode an. M. weist schliesslich die Anschauung der Antimercurialisten zurück, dass der Gebrauch der Specifica eine Prädisposition für das Auftreten tertiärer Erscheinungen schaffe und hält die Anwendung von Hg und JK für um so dringender geboten, je länger die Diathese bereits besteht. Gärtner.

Neumann's (3) Ansicht über den Werth der Präventivbehandlung der Syphilis geht dahin, dass man mit einer noch so frühzeitig eingeleiteten Behandlung nicht im Stande sei, die Krankheit im Keime zu ersticken; es wird durch dieselbe die Proruption des Exanthems nur hinausgeschoben. Auch wird bei den präventiv behandelten Patienten mehr die Mund-, Rachenschleimhaut als die allgemeine Decke und das Lymphdrüsensystem afficirt gefunden. N. lässt die Präventivcur daher nur dann zu, wenn es sich darum handelt, das Infiltrat des Primäraffectes (bei Phimose, Paraphimose oder drohender Gangrän) schnell zur Aufsaugung zu bringen. Bezüglich der exspectativen Behandlungsweise kommt N. zu folgenden Schlusssätzen: Unter günstigen hygienischen Verhältnissen kann die Krankheit auch ausnahmsweise spontan schwinden. Im Grossen und Ganzen aber ist diese Behandlungsweise zu verwerfen, da sie gegen schwere Formen nicht schützt und die Umgebung des Kranken der Infection aussetzt, also auch social nicht gleichgiltig ist. Was endlich den Werth der Schankerexcision sammt Exstirpation der nachbarlichen Lymphdrüsen betrifft, so kommt N. zu dem Resultate, dass diese Operation für die Hintanhaltung des Ausbruches der Krankheit vollkommen nutzlos sei, ja dass durch dieselbe nicht einmal eine Abschwächung des Giftes zu erschliessen war, da die Formen der ausgebrochenen Syphilis nach dieser Operation in keiner Hinsicht leichte genannt werden konnten. Horovitz.

Gamberini (4) empfiehlt auf Grund persönlicher Erfahrungen zu weiteren Versuchen bei der Syphilisbehandlung das Quecksilberphenat. Er verabreicht dasselbe in Pillenform, jede Pille enthält 0·02 des Phenats und gibt 2—6 Pillen täglich in allmälig steigender Dosis. Die Erfolge sollen günstig sein. Auffallender Weise mussten die Versuche mit subcutanen Injectionen des Präparates (0·01 pro





dosi) nach circa 30 Injectionen im einzelnen Falle trotz örtlicher Reactionslosigkeit wieder aufgegeben werden; die Behandlung war absolut wirkungslos. Kopp.

Morrow (5) unterscheidet klinisch leichtere und schwerere Fälle, wenn auch keine strenge Grenze zu ziehen ist, und glaubt, dass für die Schwere eines Falles wesentlich massgebend sind, die constitutionellen Verhältnisse des syphilitischen Individuums. Da M. die Initialsclerose als Ausdruck bereits bestehender Allgemeininfection ansieht, spricht er der Excision der Sclerose jeden Werth ab. Ebensowenig ist er dafür sogleich nach Auftreten des Primäraffectes eine Allgemeincur einzuleiten, da dadurch das Auftreten secundärer Erscheinungen höchstens hinausgeschoben, nie gänzlich unterdrückt wird. Er hält vielmehr den Zeitpunkt für Vornahme einer antisyphilitischen Cur erst dann für gekommen, wenn unzweifelhafte secundäre Erscheinungen zu Tage treten. Von Antisyphiliticis bespricht Verf. nur das Quecksilber und das Jodkali, über deren allgemeine Indication er kaum Neues bringt. Er hält jedoch nur ihre direct therapeutische Wirkung für erwiesen, einen wesentlichen präventiven Einfluss erkennt er ihnen nicht zu, hält also auch nur die symptomatische Behandlung der Syphilis für angezeigt, bei der nur bei dem Auftreten von manifesten Erscheinungen therapeutisch eingegriffen wird. Er reicht das Quecksilber in kleinen Dosen und gibt unter den verschiedenen Präparaten dem Protojodur Hydr. den Vorzug. In vielen Fällen, zumeist bei geschwächten Patienten, ist das Quecksilber zu vermeiden, statt dessen Roborantien etc. anzuwenden und erst nach Besserung der allgemeinen Verhältnisse die antisyphilitische Cur vorzunehmen.

Hutchinson (6) constatirt, dass die der früheren Periode der Syphilis angehörenden Symptome durch Quecksilberdarreichung unterdrückt werden können, in nicht seltenen Fällen allerdings nach dem Aussetzen der Medication zum Vorschein kommen. Das fast ausschliesslich von H. angewandte Medicament war „gray powder“ (Calomel?), welches 3—6 Mal täglich in der Dosis von 0·06 lange Zeit, selten kürzer als 6 Monate ununterbrochen gegeben wurde. Meist blieben die Patienten während der Behandlung vollständig symptomlos, in Ausnahmefällen zeigten sich Erscheinungen im Munde und im Rachen. Schwere Hautaffectionen sah H. bei dieser Behandlung niemals, dagegen beobachtete er manchmal eine hartnäckige und immer und immer wiederkehrende Affection, „die afterbath eruption“. Bei Abkühlung der Haut, daher am häufigsten nach dem Verlassen des Bades erschienen erythematöse Ringe (wohl Roseola annularis, Ref.). In einer grossen Majorität von Fällen wurde durch



diese Behandlung eine vollständige und dauernde Heilung erzielt. Die Frage, ob auch später tertiäre Eruptionen durch diese Behandlung verhütet werden, lässt H. noch unentschieden, doch hält er einen günstigen Einfluss in dieser Richtung für sicher. H. zweifelt nicht, dass nicht auch durch andere Applicationsweisen ein ähnlich günstiger Erfolg erzielt werden kann und legt den Hauptwerth nur auf die lange Dauer der Behandlung oder die Wiederholung derselben mit kurzen Zwischenräumen, ohne auf das Erscheinen von Symptomen zu warten.

Kirsten (7) empfiehlt eine um 17 Percent überfettete weiche Seife als angenehmes und zweckmässiges Vehikel für Medicamente, die auf die Haut einwirken sollen. Ganz besonders hebt er die Verbindung mit Quecksilber hervor, Mollinum hydrargyri cinereum, welches an Stelle der grauen Salbe anzuwenden ist und folgende Vorzüge hat: 1. Es kann in jeder Stärke bis zu 1 : 1 hergestellt werden. 2. Die Verreibung lässt sich leicht und in erheblich kürzerer Zeit, 10—15 Minuten, als diejenige der Merkursalbe ausführen. 3. Bezüglich der Sauberkeit und Bequemlichkeit des Gebrauches übertrifft es die Salbe in hohem Grade. 4. Die Wirkung ist intensiver und es bedarf daher im Verhältniss einer kleineren Quantität, zumal höchst wahrscheinlich auch die Aufnahme des Quecksilbers von Seiten der Haut durch das Mollin noch erleichtert wird.

Rona (8) berichtet über zwanzig mit Blutserum-Quecksilber behandelte Fälle und fand die Schmerzhaftigkeit dieses Mittels geringer und die Wirkung rascher, als bei allen bekannten Präparaten. (De novis nil nisi bonum! — Ref.) Lesser.

Szadek (9) bespricht die verschiedenen zur Verwendung gekommenen Präparate und Methoden, deren Vor- und Nachtheile, empfiehlt schliesslich die von Smirnoff angegebene Methode tiefer intramusculärer Injectionen in die Glutei, welcher Methode er 1. Raschheit und Bequemlichkeit der Ausführung; 2. relative Schmerzlosigkeit; 3. Reactionslosigkeit; 4. rasche Aufnahme und Ueberführung des Quecksilbers in den Stoffwechsel nachrühmt. Finger.

Watraszewski (10) berichtet über seine Versuche mit dem Hydrarg. oxydat. flav. Die Vorzüge desselben bei der Behandlung der Syphilis, nämlich die schnelle und sichere antisyphilitische Wir-





kung bei Anwendung relativ kleiner Quantitäten, sowie die geringen örtlichen Reactionserscheinungen und die Bequemlichkeit der Anwendung haben den Autor überzeugt, dass diesem Mittel unter den bisher zu Einspritzungen verwendeten Präparaten der erste Platz gebührt. W. verordnet: Rp. I. Hydrarg. oxydat. flav. 1·50, Gummi arab. 0·30, Aq. destill. q. s. ad 30·0; oder Rp. II. Hydrarg. oxydat. flav. 1·00, Gummi arab. 0·25, Aq. destill. 30·0. W. beginnt mit der schwächeren Lösung (II). Die von Dr. Nercki und Dr. Rakowski nach der Ludwig-Schridde-Fürbringer'schen Methode vorgenommenen Harnanalysen ergaben zur verschiedenen Zeit nach Einverleibung von je 0·06 Hydrarg. oxyd. flav. stets ein positives Resultat. In den ersten 24 Stunden nach der ersten Einspritzung zeigen sich kaum Spuren von Hg im Harn, die Menge steigt in den folgenden Tagen und bleibt auf dieser Höhe während der ganzen Dauer der Cur. Drei Wochen nach der letzten Einspritzung konnte man das Hg im Harn noch nachweisen. Dieselben Resultate ergaben die Harnuntersuchungen bei Calomel- und anderen Hg-Oxydsalzen. Nega.

# Buchanzeigen und Besprechungen.

**Traité pratique et descriptif des maladies de la peau** par Alfred Hardy, professeur de clinique médicale à la faculté de médecine de Paris. — Paris J.-B. Baillière et fils. 1886. 1228 S.

Besprochen von Prof. Caspary in Königsberg.

Der Altmeister der französischen Dermatologie, Alfred Hardy, der 1867 der Lehrthätigkeit am Hospital Saint-Louis entsagt hatte, um die Professur der inneren Klinik an der Pariser Facultät zu übernehmen, hat soeben ein Lehrbuch der Hautkrankheiten herausgegeben. „On revient toujours" . . . . Durch zwanzig Jahre hatte Hardy Dermatologie gelehrt, und mit jugendfrischer Kampfeslust betritt er wieder das Terrain, auf dem er neben Bazin geherrscht und Schule gebildet hatte. Hardy wirft seinen Landsleuten vor, dass sie seit vielen Jahren sich begnügt hätten, die Werke von Ausländern (Hebra, Kaposi, Neumann, Duhring) zu übersetzen und hie und da mit zusätzlichen Noten zu versehen; von keinem französischen Autor sei seit Gibert und Devergie ein vollständiges Lehrbuch der Hautkrankheiten erschienen. Die Dermatologie sei eine französische Wissenschaft. Besonders seit Gründung der Wiener Schule durch Hebra, die die meisten Hautkrankheiten als locale betrachte, gelte es, die schon durch Alibert gelehrte, durch Hardy und Bazin befestigte französische Doctrin zu vertreten, welche die erste Ursache in einer allgemeinen Diathese finde. . . . Ob Hardy mit der Behauptung Recht hat, dass diese Lehre sich in Frankreich, trotz mancher „bedauerlichen" Abtrünnigkeit, mehr und mehr accentuire, möchte doch recht zweifelhaft erscheinen.

Entsprechend seiner Doctrin hat der Autor fast die Hälfte seines Buches den constitutionellen Leiden gewidmet, zu denen er ausser den Scrophuliden, den Syphiliden, der Pellagra, Lepra, noch



die Hautsarkome und -carcinome und vor Allem die Éruptions dartreuses rechnet. Das Capitel der Ér. dartreuses, zu denen Eczem, Impetigo, Mycosis fungoides, Psoriasis, die Lichenes, die verschiedenen Formen der Pityriasis (simple, rouge u. a.) gehören, ist natürlich eines der interessantesten in dem Werke. Wenn die Etymologie des Wortes dartre zweifelhaft sei — am besten halte man es für eine frühe französische Uebersetzung des Wortes herpes, und herpetique und dartreux seien auch heute synonym während herpes seit Willan besonders abgegrenzt sei, so sei die Realität des Zustandes unzweifelhaft. Eine angeborene, hereditäre oder spontane Disposition sei die wahre Ursache der Maladies dartreuses, auf deren Manifestationen gewisse Speisen, Excesse aller Art, Hautreize, Gemüthsbewegungen grossen accessorischen Einfluss hätten. Freilich sei es unmöglich, das Wesen dieser krankhaften Disposition anzugeben, da kein positives oder experimentelles Factum zur Erklärung angezogen werden könne. Aber dasselbe gelte vom Krebse, dessen diathetisches Wesen doch nahezu allseitig anerkannt sei. Die meist zu constatirende Heredität, die fast zur Regel gehörende Rückfälligkeit, die gleichzeitigen oder alternirenden Affectionen an Schleimhäuten und Nervensystem nöthigen zur Annahme einer herpetischen Diathese, die nicht nur mit localen, sondern mit hygienischen, diätetischen und allgemein wirkenden Mitteln zu bekämpfen sei.

Wie man auch über die vielumstrittene Frage nach dem Werthe einer Systembildung denken mag — wo der Autor eine Classification einbringt, wird man aus der Eintheilung und deren Begründung manchen Rückschluss machen können. Hardy hat dieselben zehn Classen beibehalten, die er in seinem Traité de pathologie interne durchgeführt hat: 1. Difformitäten — darunter Epheliden, Albinismus, Verrucae, Naevi, Ichthyosis, Keloid. 2. Locale Hautentzündungen — Erythem, Ekthyma, Zona, Pemphigus, Acne, Prurigo. 3. Parasitäre Hautkrankheiten, zu denen auch die Pelade (area Celsi) gerechnet wird. 4. Infectiöse Hautkrankheiten — Decubitus acutus, Furunkel, Milzbrand. 5. Hautcongestionen, darunter Acne rosacea. 6. Hämorrhagien. 7. Hypersecretionen. 8. Neurosen. 9. Fieberhafte Hauteruptionen — vor Allem die acuten Exantheme. 10. Die schon genannten constitutionellen Hautleiden. Hardy sieht in jeder seiner Classen Hautleiden vereinigt, die analogen Ursprung haben, gemeinsame Symptome darbieten und analoge Therapie erfordern. Auf das letztere Moment legt



H., wie seine breitere Ausführung und immer wiederkehrende Betonung erweist, besonderes Gewicht. „Mit Hülfe der angegebenen Methode, die Krankheiten einzutheilen, wie sie heute fast allgemein in Frankreich adoptirt sei, unterscheide man nicht nur die Hautleiden gut von einander, sondern, indem man zu dem Krankheitsnamen den Namen der einschlägigen Classe hinzufüge, habe man zugleich die Indication für das rationelle Heilverfahren. Man verlasse den Empirismus, der so lange Zeit in der Dermatologie geherrscht habe, um in die Wissenschaft einzutreten."

Hardy spricht gelegentlich die Hoffnung aus, dass sein Buch das Studium der Dermatologie für weitere ärztliche Kreise erleichtern werde. Gewiss wird die Individualität des Autors, der die seltene Vereinigung des Dermatologen und inneren Klinikers darbietet, Jeden interessiren. Besonders aber dürften Specialisten Reiz in dem Buche des berühmten Dermatologen finden, der (74 Jahre alt) in der Schilderung der Krankheitsbilder so klar, in der Motivirung und Beschreibung seiner Therapie so scharf wie der Jüngsten Einer vor sie hintritt. Zumal die häufige, knappe, anschauliche Nebeneinanderstellung der Lehren Willan's, Alibert's, Bazin's, Hardy's und oft auch Anderer (so Cazenave's, Biett's, Hebra's) wird für Alle von grossem historischen, wenn auch vielleicht weniger actuellem Interesse sein.

Das Buch ist durch die grosse Seitenanzahl etwas unhandlich, sonst ist die Ausstattung vortrefflich.

**v. Ziemssen's Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie, dritter Band (Chronische Infectionskrankheiten), erster Theil: Syphilis** von Prof. Dr. Chr. Bäumler. Dritte umgearbeitete Auflage. Mit fünf Abbildungen. Leipzig. — Verlag von F. C. W. Vogel. 1886.

Angezeigt von Prof. Caspary in Königsberg.

Das Lehrbuch Bäumler's über Syphilis nimmt durch die Sonderstellung des Autors einen eigenen Platz unter den concurrirenden Büchern ein. Ausser Geigel, dessen interessante Darstellung in den der Geschichte gewidmeten Capiteln gipfelt, dürfte Bäumler der einzige innere Kliniker sein, der in den letzten Decennien ein Buch über Syphilis verfasst hat. Bei der Vielfältigkeit der Symptome, bei



dem Bedrohtsein jedes äusseren und inneren Organs, haben von jeher Chirurgen und Interne sich gleichmässig für diese eigenartigste aller Krankheiten interessirt. Während aber Anfang der siebziger Jahre für das Handbuch der Chirurgie von Pitha-Billroth die — durch Raumbeschränkung nur skizzenhaft mögliche — Bearbeitung an Sigmund übertragen war, wurde bald danach Bäumler mit der gleichen Aufgabe für das Ziemssen'sche Handbuch der Pathologie und Therapie betraut.

Das nunmehr in dritter Auflage vorliegende Buch Bäumler's zeigt deutlich, wohin das Interesse des Autors gravitirt. Während die Symptome der constitutionellen Syphilis relativ kürzeren Raum einnehmen, als in den Werken der Specialisten, findet jede Frage, die von allgemeinem pathologischem Interesse ist, eine vollwichtige, durch Prägnanz des Ausdrucks, wie Reichhaltigkeit und Sichtung des Inhalts gleich ausgezeichnete Antwort. So sind einzelne Capitel der Aetiologie, z. B. über die Infection, über die congenitale Uebertragung wahre Muster lichtvoller, lückenloser Darstellung. Das geistvolle, anregende Buch, das kaum einen werthvollen Fund auch der letzten Jahre unverzeichnet gelassen hat, wird in immer weiteren Kreisen sich Freunde zu erwerben wissen.

**Lehrbuch der Hautkrankheiten für Studirende und Aerzte** von Dr. Edmund Lesser, Privatdocenten an der Universität Leipzig. Mit 23 Abbildungen im Text und 6 Tafeln. Zweite verbesserte und vermehrte Auflage. Leipzig. — Verlag von F. C. W. Vogel. 1886.

Angezeigt von Prof. Caspary in Königsberg.

Dass schon nach Jahresfrist die zweite Auflage des Lehrbuchs der Hautkrankheiten von Lesser nöthig geworden ist, zeigt am besten, wie richtig die günstige Prognose war, die dem Buche bei seinem Erscheinen allseitig gestellt wurde. Der Verfasser hat es vortrefflich verstanden, in knappester Form alles praktisch Wichtige zusammenzufassen, und unter der Tendenz, Studirende und ferner stehende Aerzte in die Dermatologie einzuführen, die wissenschaftliche Haltung des Buches nicht leiden zu lassen. Die neue Auflage enthält erhebliche Zusätze, vor Allem über Lepra; überdies sechs gute, auf photographischem Wege hergestellte Lichtdrucktafeln zu Scleroderma diffusum, Ichthyosis, Keloid, Lepra, Lupus, Impetigo contagiosa. —



Referent kann sich nicht damit befreunden, dass jede Classification unterlassen ist; schon aus praktischen Gründen. Nach seiner Meinung bedürfte es gerade für die nicht oder wenig Unterrichteten einer Eintheilung, die in grossen Zügen die Hautkrankheiten unterschiede und dem wegen eines ihm auffallenden Exanthems Nachsuchenden einige Anleitung gäbe. Der Einsicht, dass ein vollkommen brauchbares System bis heute nicht vorhanden ist, respective heute nicht aufstellbar ist, würde dadurch in Nichts präjudicirt werden.

**Teignes et teigneux.** Par le Dr. Henri Feulard. — Paris. Georges Steinheil. 1886.

Besprochen von Dr. S. Lustgarten in Wien.

Das Buch Feulard's zerfällt in zwei Theile, einen geschichtlichen und einen demographischen, die, wie der Autor selbst sagt, eine vollständige Uebersicht der Frage der „Teignes" in Frankreich darstellen. Die ersten vier Capitel enthalten eine eingehende geschichtliche Schilderung der Anschauungen über die Nosologie, Symptomatologie und Aetiologie des Favus, Herpes tonsurans und der Alopecia areata, von den Arabern und Guy de Chauliac bis auf die neueste Zeit.

Der ätiologischen Frage, die mit der Entdeckung des Achorion Schönleinii in ein neues und eminent fruchtbringendes Stadium getreten war, schenkt der Autor besondere Aufmerksamkeit. Wir vermissen hier nur eine Berücksichtigung des Herpes tonsurans maculosus Hebra. Betreffs der Alopecia areata, Pelade, kommt Feulard zu dem Schlusse, dass es nicht „une pelade", sondern „des pelades" gebe, von denen die Einen parasitären Ursprungs seien, die Anderen als Ursache eine nervöse Störung erkennen lassen. Diesem klugen Dualismus huldige derzeit das Hôpital St. Louis.

Capitel V und VI sind der Therapie und der Geschichte derselben gewidmet. Die Epilation, allein oder in Verbindung mit der Anwendung parasiticider und reizender Substanzen, sei zur Zeit die beste Behandlungsmethode.

Die noch folgenden Capitel enthalten ein sehr reiches und werthvolles statistisches Material, das hier erschöpfend wiederzugeben uns die Verhältnisse nicht gestatten. Behandelt wurden in dem Zeitraume von 1869—1885 im Hôpital St. Louis an Ambulanten Favus 938,



Herpes tonsurans 2385, Sycosis parasitaria 616, an Spitalkranken Favus 106, Herpes tonsurans 452, im Hôpital des enfants malades an Ambulanten Favus 487, Herpes tonsurans 2367, ebenso am Hôpital Trousseau Favus 464, Herpes tonsurans 1170. Eine nicht minder beredte Sprache sprechen die Zahlen, die der Autor von den Provinzspitälern berichtet. In Fortsetzung einer Statistik von Bergeron gibt Feulard auf Grund der officiellen Stellungslisten eine Zusammenstellung der auf Favus zu beziehenden Militärbefreiungen. Bergeron hatte für die Periode 1841—1849 constatirt, dass durchschnittlich im Jahre 1000—1100 Stellungspflichtige an Favus litten. Vom Jahre 1873—1885 sind nach Feulard 3872 Männer wegen Favus vom Militärdienste befreit worden, was einem jährlichen Durchschnitte von 300 gleichkommt, und eine beträchtliche Abnahme verspricht. Eine ähnliche Statistik für Herpes tonsurans war nicht möglich.

Das letzte Capitel widmet der Autor der Prophylaxe, einer Discussion aller privaten und öffentlichen Anordnungen, die zu treffen sind, um die genannten Krankheiten zum Verschwinden zu bringen. Indem wir betreffs der Details auf das Original verweisen, heben wir nur hervor, dass Feulard ebenfalls für die Ausschliessung der an Favus und Herpes tonsurans erkrankten Kinder vom Schulbesuche ist, dass er aber andererseits für die Errichtung von eigenen Schulen für dieselben, écoles de teigneux, plaidirt.

# Varia.

Entsprechend dem schon gemeldeten Vorschlage der Strassburger med. Facultät, wurde unser geschätzter Mitarbeiter Herr Dr. A. Wolff zum a. ö. Professor und Director der Klinik für Hautkrankheiten und Syphilis an der Strassburger Universität ernannt.

---

Unserem geschätzten Mitarbeiter Herrn Prof. Dr. Ed. Lang, Vorstand der Klinik für Hautkrankheiten und Syphilis an der k. k. Universität Innsbruck, wurde der Titel und Charakter eines ordentlichen Professors verliehen.

---

Es gewährt uns ein besonderes Vergnügen, darauf hinweisen zu können, dass zwei der hervorragendsten französischen Dermatologen, die Herren:

**Dr. Ernest Besnier,** Mitglied der Academie der Medicin und Chefarzt am Hospital St. Louis in Paris, und

**Dr. Henri Leloir,** ordentlicher Professor und Director der Klinik für Hautkrankheiten und Syphilis in Lille

von diesem Hefte an, die Liste der Mitwirkenden an unserer Vierteljahresschrift durch ihren Hinzutritt bereichern.

---

In dem Referate über Dr. Touton's Arbeit „Ein Fall von erworbener idiopathischer Atrophie der Haut“ soll es auf pag. 462, Zeile 3 und 4 oben heissen: Die locale Application von zehnpercentigem Salicylseifenpflaster (Pick) auf die Schwielen an den Füssen

war von promptester Wirkung, dagegen blieb der atrophische Proces durch innerliche Darreichung von Solutio Fowleri unbeeinflusst.

---

Das Referat über die Publication der Herren L. Declerc und A. Masson auf pag. 490, enthält nicht die Angabe, dass die Publication unter Prof. H. Leloir's Leitung abgefasst wurde ur dass die daselbst angeführten Fälle aus der Klinik des Prof. L loir in Lille stammen, weshalb wir dies hiermit nachtragen.

---

Bender's Arbeit über Lupusstatistik, referirt auf S. 703, i in der „Deutschen med. Wochenschrift" 1886 erschienen.

Seite 639, Zeile 17 oben soll es heissen: localen sta lateralen.





# Autoren-Register.













# Sach-Register.

## A.

Seite





## B.



## C.



62*



## D.



## E.





## F.



## G.





## H.







## I.



## J.



## K.





## L.





## M.





## N.



## O.





Seite

# P.





## Q.



## R.



## S.











Seite

## T.



## U.



## V.







## W.



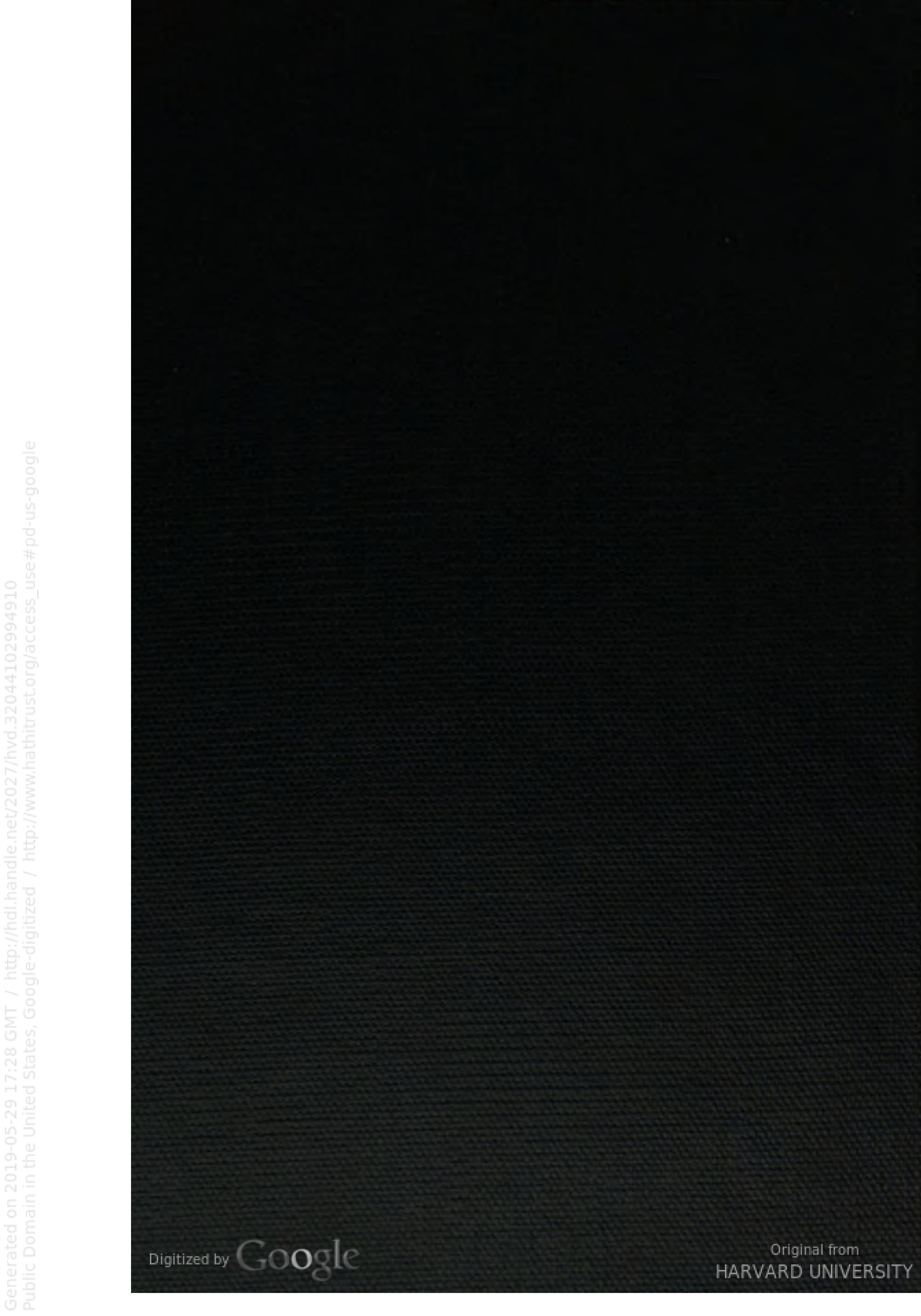
## X.



## Z.



C. Ueberreuter'sche Buchdruckerei (M. Salzer) in Wien. — 2197/88



3 2044 102 994 910